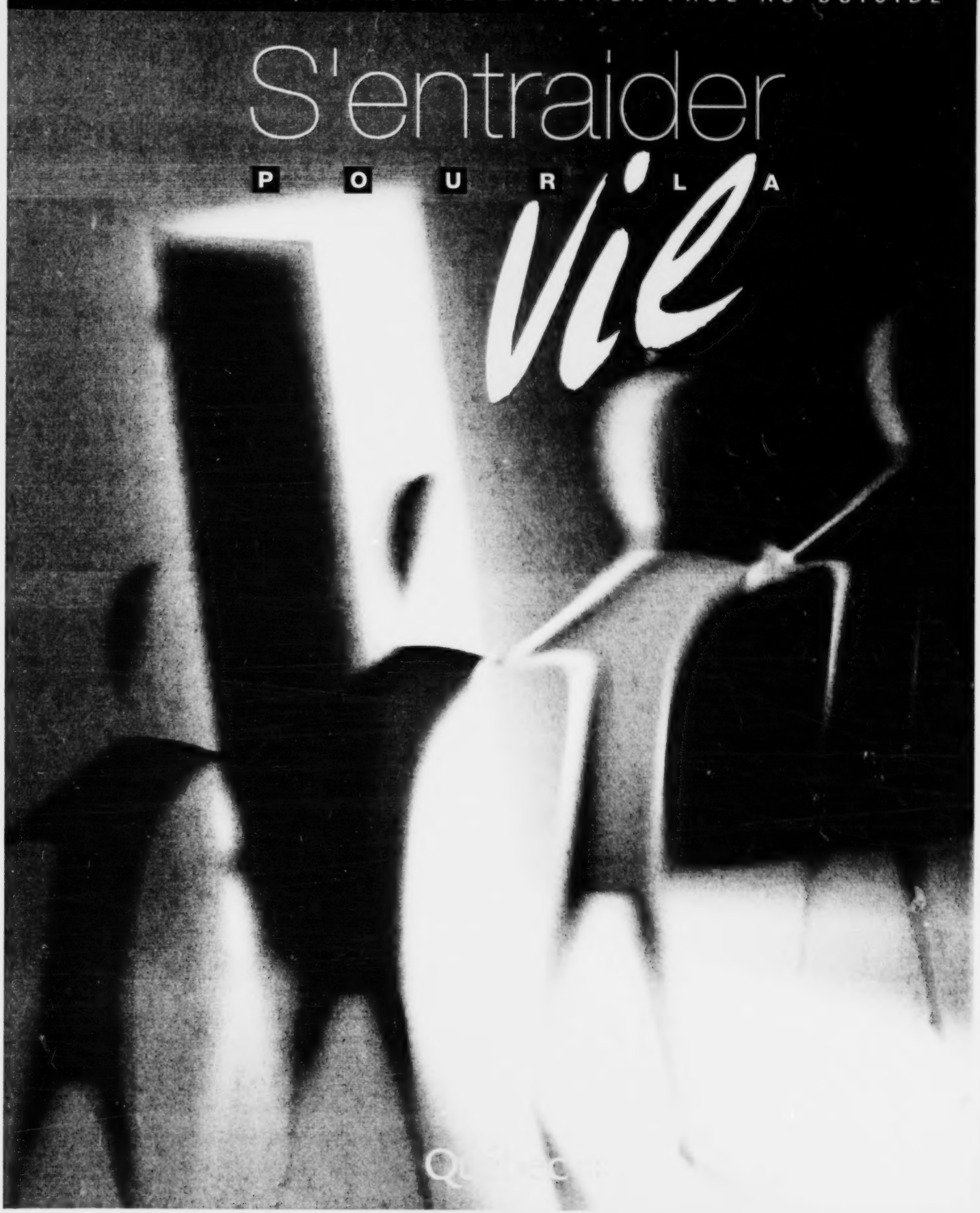
STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ACTION FACE AU SUICIDE

S'entraider POUR LA *vie*



STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ACTION FACE AU SUICIDE

POUR LA *vie*

Québec

Coordination et rédaction
Guy Mercier
Danielle Saint-Laurent

Secrétariat
Georgianne Bélanger
Hélène Piché

Conception et réalisation de la page couverture
Larochelle et Associés

Nous tenons également à remercier toutes les personnes qui ont participé à
la consultation ainsi que les membres du groupe de travail pour leur contribution à la réalisation de ce document :

M^me^ Jeannine Auger, Ministère de la Santé et des Services sociaux
M^me^ Sylvie-Chantal Corbeil, Centres jeunesse de l'Estrie
M^me^ Lorraine Deschênes, Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska
M. Jean Désy, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides
M^me^ Marie-Chantale Forget, Cité de la santé de Laval
M. André Gagnon, Centre hospitalier Pierre-Janet
M^me^ Marie Julien, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
M. Richard Labelle, École Curé Antoine-Labelle
M. Brian Mishara, Université du Québec à Montréal
M^me^ Lynda Pomerleau, CLSC Basse-Ville-Limoilou
M. Robert Simon, président, Centre de prévention du suicide 02
M. Serge Turmel, Bureau du coroner

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir des exemplaires supplémentaires de ce document. Pour plus de renseignements :

Téléphone : (418) 643-3380
1 800 707-3380 (sans frais)
Télécopieur : (418) 646-1041

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Le présent document est disponible pour consultation sur le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : http://www.msss.gouv.qc.ca

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à la condition de citer la source.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1998
Bibliothèque nationale du Canada, 1998
ISBN 2-550-32480-3

©Gouvernement du Québec

2007-04154/

MESSAGE DU MINISTRE

Pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, il importe de valoriser le sens de la vie sur la base des solidarités et des responsabilités. Préoccupés par le taux de suicide au Québec, nous avons demandé à des experts de nous conseiller sur les voies à suivre.

La Stratégie qui vous est présentée aujourd hui a fait l objet d un large consensus. Elle s inscrit à la fois dans le cadre des priorités nationales en santé publique et des orientations pour la transformation des services de santé mentale. Nous avions des choix à faire et nous les avons faits. Nous allons maintenant tout mettre en uvre pour nous assurer de l actualisation de cette stratégie qui vise à stabiliser et éventuellement à diminuer le taux de suicide au Québec.

Le Ministère n est pas la seule instance engagée au niveau gouvernemental mais il doit aujourd hui donner l exemple et prendre le leadership de ce dossier. La coordination des actions sera sous sa responsabilité et c est d abord à travers l intervention d un ensemble d acteurs du réseau de la santé et des services sociaux que nous pourrons établir les collaborations nécessaires à une action préventive efficace. Lorsque notre réseau aura mieux précisé comment il compte exercer ses propres responsabilités autant au niveau local que régional, ce qui ne devrait pas tarder, nous pourrons mieux circonscrire les collaborations nécessaires avec l ensemble des partenaires concernés par cette problématique.

C est la première fois que le gouvernement propose une stratégie d ensemble sur la prévention du suicide. Il ne s agit pas d un document d orientation mais bien d une stratégie qui prend appui sur une série de mesures précises qui visent à nous engager dans des actions concrètes et concertées avec l ensemble de nos partenaires. En proposant cette stratégie, nous sommes également animés par une volonté d assurer l évaluation de nos actions et le suivi des objectifs à poursuivre, et toute amélioration ou suggestion qui auront fait l objet d un consensus entre les partenaires seront prises en compte.

Les Québécoises et les Québécois doivent se mobiliser et ne plus accepter que le suicide soit considéré comme un geste banal, comme une solution parmi d autres. Il faut développer ensemble des compétences collectives en vue de proposer des choix de vie.

Le ministre,

Jean Rochon

AVANT-PROPOS

Parce que le suicide au Québec est préoccupant, la prévention du suicide est une priorité du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette problématique préoccupe aussi bon nombre d intervenants, comme nous avons été à même de le constater lors de la consultation menée au printemps dernier en préparation de cette stratégie.

La consultation visait à obtenir des opinions et commentaires sur le document qui nous avait été remis par le groupe de travail à qui nous avions confié le mandat de proposer des orientations de lutte contre le suicide. Cette consultation a permis de recueillir les points de vue de près de quarante organismes, établissements ou intervenants ainsi que des membres de l Association québécoise de suicidologie. Cet exercice nous a amenés à préciser nos priorités d intervention et finaliser « La Stratégie québécoise d action face au suicide ».

Le suicide est un phénomène qui nous interpelle tous. Même si nous n en connaissons pas parfaitement les causes, nous en savons certainement assez pour agir, d abord pour prévenir tout acte suicidaire et ensuite pour intervenir auprès de ceux qui posent des gestes suicidaires et de ceux qui les entourent. C est ce que nous espérons pouvoir réaliser tous ensemble avec cette stratégie.

La Stratégie couvre une période de cinq années, de 1997 à 2002. Cette période correspond à celle prévue pour la réalisation des priorités nationales en santé publique.

Je remercie sincèrement toutes les personnes qui, par leur expertise et leurs commentaires, ont largement contribué à l élaboration du présent document, qui s inscrit dans une démarche qui vise à engager tous les partenaires dans la prévention du suicide.

La sous-ministre adjointe
à la santé publique,

Christine Colin

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 9

Quelques données épidémiologiques 13

Les facteurs associés au suicide et aux comportements suicidaires 21

Les constats sur les services offerts 23

Les principes liés à l action 29

Les objectifs à poursuivre 31

Assurer et consolider une gamme essentielle de services et briser l'isolement des intervenants 32

Améliorer les compétences professionnelles 37

Intervenir auprès des groupes à risque 39

Favoriser les interventions en promotion/prévention auprès des jeunes 42

Réduire l'accès et minimiser les risques associés aux moyens 44

Contrer la banalisation et la dramatisation du suicide en développant le sens de la solidarité et des responsabilités 47

Intensifier et diversifier la recherche 49

Les responsabilités et les fonctions 51

Les responsabilités du ministère de la Santé et des Services sociaux 52

Les responsabilités des régies régionales 54

Les responsabilités des organismes ou établissements locaux 56

Investir pour agir sur la problématique du suicide 57

L évaluation 59

Conclusion 61

Annexes

Annexe 1 65

Annexe 2 73

Liste des sigles 83

Liste des associations, établissements, organismes et personnes contactés dans le cadre de la consultation sur le document intitulé *S entraider pour la vie - Proposition d une stratégie québécoise d action face au suicide* 85

Bibliographie 87

INTRODUCTION

Le suicide est un phénomène social qui préoccupe les Québécoises et les Québécois. C'est un problème important de santé publique et une tragédie sur le plan individuel et familial. L'augmentation constante du nombre de suicides au Québec et la grande souffrance qui est associée à ce problème suscitent un engagement et une volonté d'action.

Le présent document est le résultat du travail et de la collaboration d'un groupe d'experts de différents milieux et s'appuie sur la consultation de nombreux autres intervenants intéressés par la prévention du suicide au Québec. Le Ministère a privilégié une approche fondée sur des solutions dont la faisabilité et la mise en œuvre s'appuient sur les consensus liant l'ensemble des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et des autres réseaux en cause. Une période de cinq ans est prévue pour la réalisation de l'ensemble des objectifs de la Stratégie.

Les orientations contenues dans ce document s'adressent à tous les citoyennes et citoyens du Québec. Elles s'appuient également sur le développement d'une solidarité sociale conforme aux aspirations de l'ensemble de la population. Par ailleurs, le document ne traite pas spécifiquement du phénomène du suicide chez les autochtones du Québec, bien que les communautés qui ont déjà entrepris ou qui entreprendront des démarches visant à réduire les gestes suicidaires dans leur milieu pourront s'en inspirer. Les différentes communautés autochtones pourront juger de l'à-propos des principales orientations et stratégies susceptibles de mieux répondre à leurs besoins. Il est souhaité que ce document contribue à les soutenir dans cette entreprise. D'ailleurs, certaines communautés nous ont signifié leur intérêt pour nos travaux et plusieurs ont déjà entrepris des démarches visant à réduire les gestes suicidaires dans leur milieu.

La réalisation de ce plan d'action s'appuie sur les forces déjà existantes au Québec. C'est pourquoi le Ministère tient à souligner l'engagement remarquable des nombreux bénévoles qui œuvrent, pour certaines et certains depuis de nombreuses années, en prévention du suicide au Québec. Des organismes communautaires ont mis au point des outils d'intervention, assuré une formation de qualité auprès de milliers de bénévoles et collaboré à sensibiliser la population au phénomène du suicide. Leur expertise constitue une ressource importante pour la mise en place d'une stratégie nationale en prévention du suicide. Il faudrait également souligner la participation engagée de chercheurs et intervenants de divers réseaux par rapport à cette problématique. La combinaison d'une meilleure éducation, d'une meilleure mobilisation et d'une meilleure concertation des organismes communautaires, des services du réseau sociosanitaire et de la population québécoise en général devraient diminuer les comportements suicidaires au Québec et aider à soulager la souffrance associée à cette problématique.

Au Québec, le suicide n'a cessé d'augmenter au cours des dernières décennies, faisant de cette cause de mortalité un problème de santé publique majeur. En 1995, 1 442 personnes sont décédées par suicide au Québec : 1 144 hommes et 298 femmes. Le suicide est aussi un phénomène social dont les manifestations et les effets commandent des interventions efficaces pour en réduire la portée et en atténuer les conséquences.

Il est important de bien définir la problématique du suicide, autant en ce qui concerne les données épidémiologiques que les principaux facteurs qui y sont associés. La description des facteurs associés par groupe d'âge (enfants, jeunes, adultes et personnes âgées) a été privilégiée en tenant compte de la recherche existante et dans une optique d'accessibilité et d'organisation des services. Ces facteurs ont aussi été analysés selon quelques descripteurs, dont la prédisposition individuelle, l'appartenance à un milieu social donné et les événements circonstanciels.

Pour chaque décès par suicide, il y a un nombre important de tentatives de suicide. On observe en général plus de tentatives de suicide chez les filles et les femmes que chez les garçons et les hommes. La prévention des tentatives de suicide et le suivi auprès des personnes ayant fait une tentative suicidaire font partie intégrante de la *Stratégie québécoise d action face au suicide*. L'Association québécoise de suicidologie (AQS) propose les définitions suivantes des comportements suicidaires :

- **Le suicide** comprend les décès dans lesquels un acte délibéré menaçant la vie est accompli par une personne contre elle-même et cause la mort.

- **La tentative de suicide** est la situation dans laquelle une personne a manifesté un comportement qui met sa vie en danger, avec l'intention réelle ou simulée de causer sa mort ou de faire croire que telle est son intention, mais dont l'acte n'aboutit pas à la mort.

- **L idée suicidaire** inclut les comportements qui peuvent être directement observés ou entendus et par rapport auxquels il est justifié de conclure à une intention possible de suicide, ou qui tendent vers cette intention, mais où l'acte létal n'a pas été accompli.

On ne peut prédire de façon précise l'évolution du taux de suicide dans les années à venir. L'emprise sur les facteurs psychosociaux et environnementaux présents est difficile et les changements dans les attitudes sont souvent incertains et à long terme. Compte tenu de l'évolution actuelle des taux de suicide, le Ministère considère qu'il est peu probable d'atteindre l'objectif de 15 % de réduction du nombre de suicides d'ici l'an 2002, tel que cela a été formulé dans la Politique de la santé et du bien-être (1992). Nous croyons cependant que la mise en place d'une gamme essentielle de services ainsi qu'une meilleure coordination de ces services devraient permettre de freiner la croissance actuelle des taux de suicide chez certains groupes à risque et réussir éventuellement à faire diminuer le taux de suicide.

La consultation que nous avons menée au printemps dernier nous a permis de dégager plusieurs consensus concernant les actions proposées et celles à mettre en place. Sans prétendre être exhaustifs, nous vous livrons ici ce qui ressort des points de vue entendus.

- Le suicide chez les jeunes, au même titre que les tentatives de suicide chez les jeunes filles, préoccupent au plus haut point nos interlocuteurs. Nous avons à cet égard établi les liens nécessaires avec le Conseil permanent de la jeunesse et tenu compte des recommandations qui ont été faites au Ministère. La consultation a par ailleurs permis de faire le point sur l'importance du phénomène du suicide chez les hommes.

- Nos travaux ont intéressé plusieurs intervenants des réseaux de l'éducation et de la sécurité publique. Il apparaît évident que les engagements du réseau de la santé et des services sociaux devront rapidement se conjuguer à ceux de l'ensemble des partenaires préoccupés par la problématique du suicide. Les interventions, dans un premier temps, du ministère de la Santé et des Services sociaux s'inscriront alors dans un plan d'action gouvernemental de prévention du suicide.

- La plupart des groupes consultés considèrent qu'il faudrait traiter des valeurs qui prévalent dans notre société et de leur effet sur le suicide au Québec. Ils considèrent qu'on ne traite pas assez des sujets comme la pauvreté, l'individualisme, l'intolérance aux difficultés, la société de consommation, etc. Selon la littérature scientifique, il serait pour le moins téméraire de tenter d'établir un lien entre les points de vue et l'évolution des taux de suicide au Québec. Les facteurs de risque retenus sont bien documentés et n'entrent pas en contradiction avec une interprétation basée sur les valeurs culturelles et sociétales plus larges.

- Il n'existe pas un modèle théorique de prévention du suicide, étant donné que le suicide ne peut être considéré comme une problématique particulière de santé physique ou une maladie mentale, ou même comme un problème de comportement social tel qu'on le définit habituellement. Le suicide est un amalgame de tout cela. Nous avons planifié une stratégie d'action dont les principaux objectifs ont fait consensus et nous avons donc essayé de mieux cerner les maillages entre notre classification des facteurs de risque (caractéristiques individuelles des personnes, milieu social d'appartenance et événements circonstanciels) et les objectifs à poursuivre.

QUELQUES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

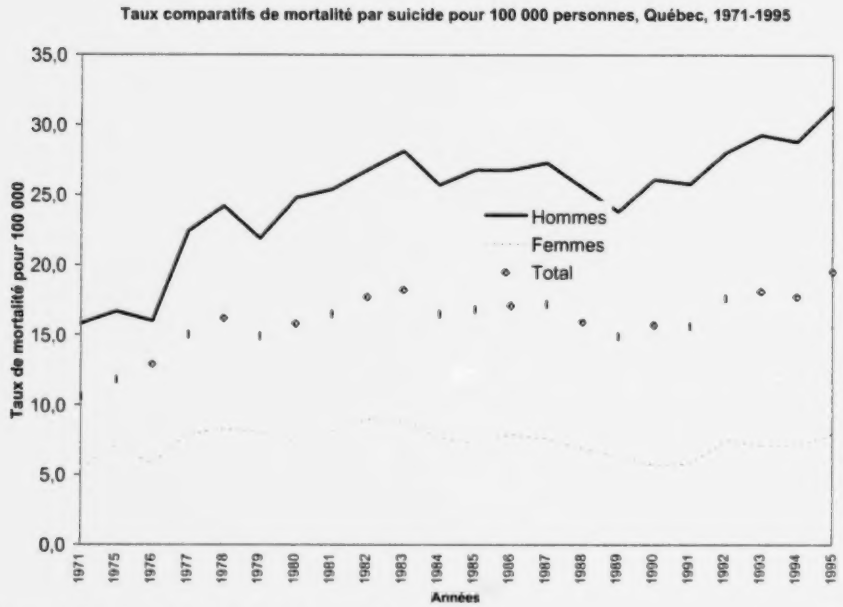
Il existe deux sources de données statutaires sur les gestes suicidaires : les données de mortalité enregistrées au fichier du Registre de la population et les données d'hospitalisation colligées au fichier MED-ÉCHO. L'analyse de ces données permet des constats importants. Par exemple, on observe que contrairement à ce qui est véhiculé dans les médias, les hommes adultes présentent des taux aussi élevés de mortalité par suicide que les jeunes. Ces derniers, surtout les jeunes filles, sont par ailleurs hospitalisés davantage que les autres groupes pour tentative de suicide.

Une nouvelle tendance à la hausse de la mortalité par suicide depuis 1990

En 1995, 1 442 Québécoises et Québécois se sont enlevé la vie, ce qui représente un taux de 19,5 pour 100 000 personnes[1].

Depuis le début des années 1970, le taux de décès par suicide a connu une hausse progressive pour atteindre un sommet en 1982 et 1983. Après plusieurs années de stabilité, on constate à nouveau une tendance à la hausse depuis le début des années 1990.

Tableau 1



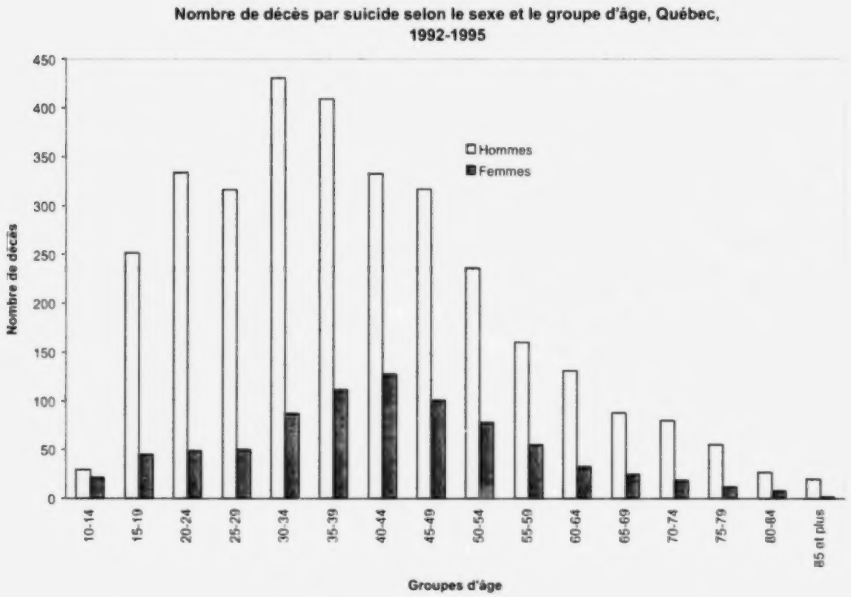
Source : MSSS, Direction générale de la santé publique.

[1] Bureau de la statistique de Québec, *Registre de la population 1995*.

Les hommes se suicident quatre fois plus que les femmes

En 1995, 80 % des suicides étaient le fait d'hommes, soit 1 144 décès sur 1 442. Les taux observés en 1995 chez les hommes étaient de 31,3 pour 100 000 personnes et de 7,9 chez les femmes[2] (298 décès). Au Québec, le suicide touche tous les groupes d'âge des deux sexes. Cependant, chez les hommes, 3 décès par suicide sur 4 surviennent avant l'âge de 50 ans. Chez les femmes, le plus grand nombre de décès est observé chez celles âgées entre 40 et 54 ans.

Tableau 2



Source : MSSS, Direction générale de la santé publique.

Les femmes sont plus nombreuses à tenter de mettre fin à leurs jours

Les comportements suicidaires des Québécois peuvent être estimés grâce aux données sur les idéations suicidaires et les tentatives de suicide provenant de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population de 15 ans et plus.

D'après les résultats de cette enquête, les femmes sont plus nombreuses à tenter de mettre fin à leurs jours. En effet, près de 5 femmes sur 100 auraient fait une tentative de suicide (parasuicide) au cours de leur vie, tandis que 3 hommes sur 100 auraient déclaré avoir tenté de mettre fin à leurs jours.

[2] Bureau de la statistique du Québec. *Fichier des décès 1995*. Calculs effectués au ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996.

L'âge est également une variable à considérer. Les prévalences diminuent avec l'âge passant de 6 % chez les 15-24 ans à environ 1 % chez les personnes de plus de 65 ans.

Selon cette même enquête, les tentatives de suicide rapportées au cours des douze derniers mois de l'année précédant l'enquête sont estimées à 6 personnes pour 1 000 tant chez les hommes que chez les femmes.

Toutefois, les données d'hospitalisation dans les hôpitaux de courte durée confirment que les tentatives sont beaucoup plus prévalentes chez les femmes que ne le sont les suicides et que ces dernières sont plus nombreuses à être hospitalisées pour cette cause. Les femmes de 15 à 19 ans affichent le plus haut taux d'hospitalisation.

Tableau 3

Prévalence des parasuicides[3] à vie et au cours des 12 derniers mois rapportés dans l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 selon le sexe et l'âge, Québec, population de 15 ans et plus

	À vie	12 derniers mois
	%	%
Hommes		
15-24 ans	4,5*	1,9**
25-44 ans	3,5	0,6**
45-64 ans	1,8*	0,2**
65 ans et plus	0,4**	0,0
Total	2,8	0,6*
Femmes		
15-24 ans	7,6	1,7*
25-44 ans	5,2	0,5**
45-64 ans	3,7**	0,3**
65 ans et plus	1,0**	0,1**
Total	4,5	0,6*
Sexes réunis		
15-24 ans	6,0	1,8*
25-44 ans	4,3	0,6*
45-64 ans	2,7	0,2**
65 ans et plus	0,7**	0,1**
Total	3,7	0,6

Source : Enquête sociale et de santé 1992-1993, Québec

* Coefficient de variation entre 15 et 25 %; interpréter avec prudence.

**Coefficient de variation de 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

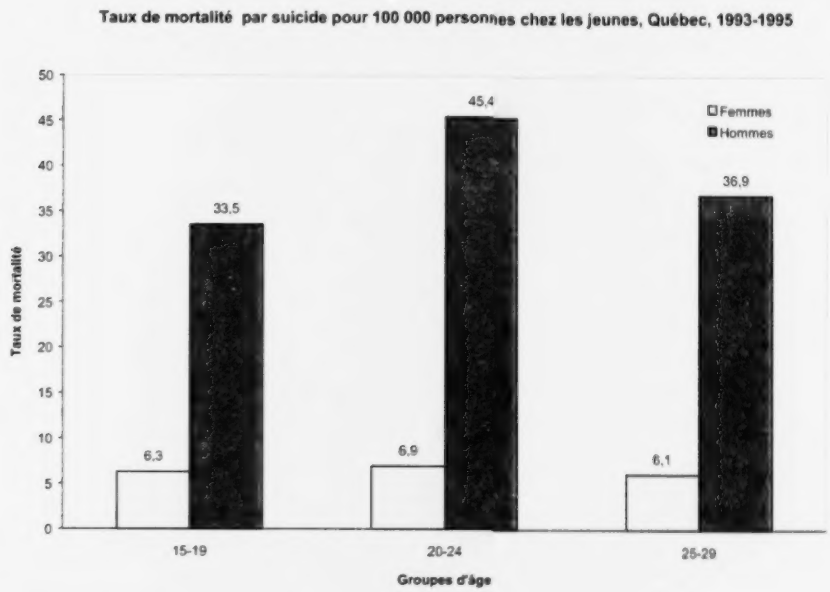
[3] Dans le texte de l'enquête générale sur la santé, l'utilisation de cette expression n'est pas considérée comme étant appropriée car l'intention réelle de mourir et l'orientation psychologique essentielle au suicide sont difficiles à établir. C'est pourquoi dans le tableau le terme parasuicide est utilisé.

Le suicide : la première cause de décès chez les jeunes hommes de 15 à 29 ans

Le suicide est la première cause de mortalité chez les jeunes hommes de moins de 30 ans. Chez les jeunes femmes, les taux demeurent relativement faibles. La mortalité par suicide chez les jeunes hommes tout comme chez les hommes un peu plus âgés connaît une croissance importante depuis le début des années 1990.

Parallèlement à cette hausse des décès par suicide depuis le début des années 1990, on a pu constater que le suicide chez les jeunes âgés de 10 à 14 ans était de plus en plus fréquent. En 1994, 22 décès chez ce groupe ont été enregistrés, le plus grand nombre jamais inscrit aux statistiques de suicide; en 1995, on en comptait 15. En raison de chiffres si peu élevés, il est difficile de conclure à une tendance. Toutefois, ce phénomène demeure préoccupant, d'autant plus que durant la même période, les hospitalisations pour tentatives de suicide ont augmenté dans le même groupe d'âge.

Tableau 4



Source : MSSS, Direction générale de la santé publique.

Les hommes utilisent des moyens plus violents pour se suicider que les femmes

L'analyse portant sur les moyens utilisés dans les décès par suicide indique que plus du tiers des décès se font par pendaison. Chez les hommes, près de 3 décès sur 10 se font à l'aide d'armes à feu, tandis que moins de 10 % des femmes utilisent ce moyen. Par contre, les femmes se suicident dans près de 3 cas sur 10 par empoisonnement ou par absorption de solides ou de liquides (médicaments). Même si le monoxyde de carbone est employé seulement dans 13 % des décès, l'utilisation de ce moyen est beaucoup plus fréquente qu'auparavant.

Tableau 5

Répartition des décès par suicide selon le moyen utilisé, Québec, 1992-1994

	%			Nombre		
	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Pendaison, strangulation, asphyxie	40,6	34,2	39,3	1 229	268	1 497
Armes à feu ou explosifs	26,7	7,3	22,7	807	57	864
Empoisonnement (gaz ou vapeur)	12,8	11,5	12,5	388	90	478
Empoisonnement (substances solides ou liquides)	7,6	26,7	11,5	230	209	439
Noyade	4,6	8,7	5,4	138	68	206
Saut d'un lieu élevé	3,7	5,0	4,0	112	39	151
Autres causes	2,5	5,7	3,2	77	45	122
Instruments tranchants ou perforants	1,5	1,0	1,4	46	8	54
Total	100	100	100	3 027	784	3 811

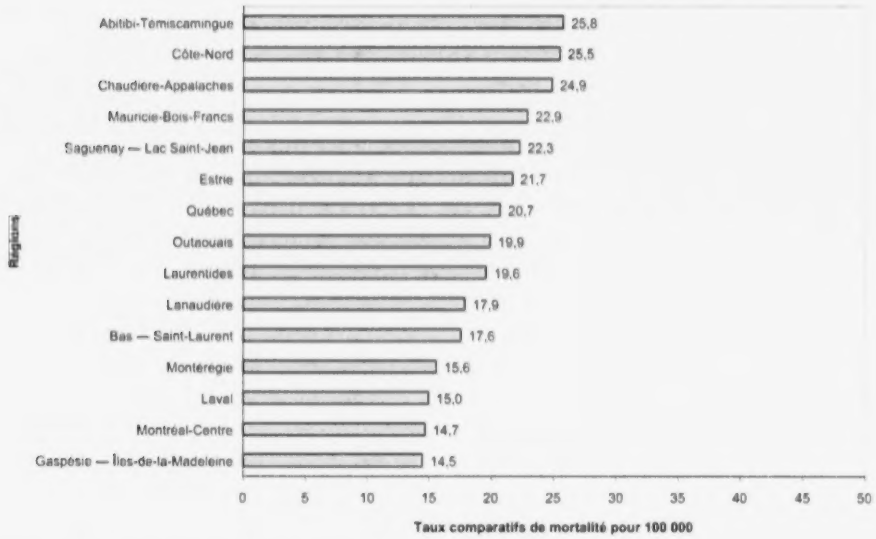
Source : MSSS, Direction générale de la santé publique.

Les taux de décès par suicide sont plus élevés dans les régions périphériques

Pour la période 1992-1995, la moitié de tous les décès par suicide ont été enregistrés dans la région du Montréal métropolitain. Cependant, même si on recense en nombre absolu une part importante des décès par suicide dans les régions de Montréal-Centre, de Laval et de la Montérégie, ce sont dans ces régions que nous observons les taux de mortalité les moins élevés au Québec. À l'inverse, on constate que les taux de suicide les plus élevés sont enregistrés dans les régions éloignées. En effet, les taux de décès par suicide les plus élevés se présentent dans les régions à faible densité de population. Une seule région fait exception à ce constat d'ensemble, c'est la Gaspésie — Îles-de-la-Madeleine.

Tableau 6

Taux comparatifs de mortalité par suicide pour 100 000 personnes selon les régions administratives du Québec *, Sexes réunis, 1992-1995



Source : MSSS, Direction générale de la santé publique.
*Les taux de la région du Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James n'ont pas été inclus en raison de leur grande variabilité et du petit nombre de décès observés.

Des calculs effectués sur la base non pas des régions mais de regroupements en fonction du nombre d'habitants par unité de recensement, viennent confirmer cet écart observé entre le milieu urbain et le milieu rural. En effet, une analyse[4] selon le milieu géographique (métropole, capitales régionales, petites villes et milieu rural) pour la période 1992-1994 révèle des écarts importants. Chez les hommes, les taux de mortalité pour 100 000 habitants sont respectivement de 25,0 pour la métropole, de 31,0 pour les capitales régionales et de 38,0 pour les petites villes et le milieu rural. Chez les femmes, il n'y avait aucune différence statistique entre les taux observés selon ces milieux géographiques.

Le Québec comparé au Canada et aux autres pays

Tout comme au Québec, le phénomène du suicide s'est accru de façon importante dans la majorité des pays industrialisés, au cours des dernières décennies. Avec la Suisse, la France, la Belgique et les pays scandinaves, le Québec, après la Finlande et la Hongrie, présente les plus hauts taux de mortalité masculine par suicide. Le Québec affiche également une très forte mortalité prématurée[5] masculine associée à cette problématique. En effet, lorsque les taux d'années potentielles de vie perdues sont calculés à partir du principe établissant que l'espérance de vie moyenne d'un homme est de 75 ans, le Québec présente un taux parmi les plus élevés et supérieur à ceux observés en France, en Belgique, en Suisse et dans les pays scandinaves.

[4] Ces calculs ont été effectués à la Direction de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
[5] La mortalité prématurée renvoie aux décès qui surviennent avant l'âge de 75 ans.

Le Québec se distingue du Canada en affichant des taux élevés de décès par suicide. L'Alberta présente également des taux élevés se comparant souvent à ceux du Québec. Tandis que les décès par suicide ont augmenté au Québec au cours des dernières années, ailleurs au Canada on observe une stabilité ou une baisse.

L'importance de la mortalité prématurée associée au décès par suicide est expliquée en partie par des taux de mortalité élevés dans l'ensemble de la population et aussi par les taux élevés chez les plus jeunes. Ce dernier aspect caractérise le Québec quand on le compare aux autres pays industrialisés. En effet, dans l'ensemble des pays industrialisés, y compris les États-Unis, les taux de décès par suicide chez les hommes croissent avec l'âge. Seule la Norvège présente une situation analogue à celle observée au Québec.

Dans l'ensemble des pays industrialisés, les taux de décès par suicide chez les femmes sont beaucoup moins élevés que ceux observés chez les hommes. D'ailleurs, dans un grand nombre de pays, les taux de mortalité féminine représentent moins de 50 % des taux de mortalité masculine par suicide. Le Québec, à cet égard, se démarque encore une fois des autres pays par un écart encore plus grand entre les taux observés chez les hommes et ceux observés chez les femmes.

Tableau 7

Taux comparatifs de mortalité par suicide pour 100 000 personnes en 1993 et taux d années potentielles de vie perdues (APVP) pour 1 000 personnes en 1993 selon certains pays industrialisés et selon les régions du Canada

	MORTALITÉ			APVP		
	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Québec	29,4	7,1	18,1	10,7	2,5	6,6
Allemagne	21,8	7,1	13,9	5,7	1,7	3,8
Australie	18,7	4,3	11,4	6,4	1,4	3,9
Autriche	32,0	9,6	19,7	8,5	2,6	5,6
Belgique (1989)	27,4	10,5	18,3	7,4	2,8	5,1
Danemark	27,7	13,3	20,3	7,5	3,0	5,3
Espagne (1992)	10,9	3,0	6,7	2,7	0,7	1,7
États-Unis	20,8	4,7	12,3	6,6	1,5	4,0
Finlande	44,8	11,0	27,3	14,6	3,5	9,1
France (1992)	30,2	10,0	19,4	8,3	2,7	5,5
Hongrie	56,4	15,8	34,5	14,9	3,7	9,2
Islande	15,2	6,1	10,7	5,6	1,7	3,7
Israël (1992)	13,3	4,6	8,9	5,3	4,6	1,0
Japon	20,8	9,3	14,9	5,6	2,2	3,9
Norvège (1993)	20,9	7,6	14,1	7,0	2,3	4,7
Pays-Bas	13,4	6,5	9,9	4,1	1,9	3,0
Royaume-Uni	12,8	3,4	8,0	4,3	1,0	2,7
Suède (1992)	20,8	8,9	14,7	5,9	2,6	4,3
Maritimes	20,1	4,1	12,0	*	*	*
Ontario	15,7	4,6	10,0	5,0	1,5	3,2
Alberta	26,4	5,9	16,1	9,0	1,8	5,5
Prairies	23,6	5,8	14,7	*	*	*
Colombie-Britannique	18,5	4,6	11,5	6,4	1,6	4,0
Canada	20,8	5,3	12,9	7,4	1,9	4,7

Source : Organisation mondiale de la santé, MSSS, Danielle Saint-Laurent, 1997.
* Données non calculees.

LES FACTEURS ASSOCIÉS AU SUICIDE ET AUX COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Le suicide est un phénomène complexe

Le suicide est un phénomène complexe déterminé par l'interaction de plusieurs facteurs. L'individu, son histoire, son environnement immédiat, son milieu social, composent une trame dont il est presque impossible de défaire les entrelacs.

Le suicide est un phénomène universellement connu et nous en trouvons la trace dans les plus anciens documents historiques. Cependant, le suicide a fait l'objet d'études selon différentes perspectives depuis les cent dernières années, à la suite de la publication du livre *Le suicide*, par Émile Durkheim. À une certaine époque, les théories sociologiques du suicide dominaient la littérature scientifique; à d'autres époques, les approches psychanalytique, béhavioriste et biologique ont pris plus d'importance. Malgré les milliers d'articles sur le suicide publiés dans des revues scientifiques, il n'y a pas une théorie du suicide qui soit acceptée par la majorité des chercheurs et intervenants. On pourrait même dire qu'il est possible que la complexité des enjeux dans ce phénomène et la nature même du fait de causer sa propre mort ne se prêtent pas à une compréhension privilégiant un seul point de vue. Par contre, la majorité des chercheurs s'entendent sur le fait qu'on est capable de cibler un nombre de facteurs importants associés au risque de suicide et de comportements suicidaires. Ces facteurs ne sont ni indépendants, ni exclusifs.

On peut regrouper les facteurs associés au suicide en trois grandes catégories : les prédispositions individuelles, les facteurs liés au milieu social et les événements circonstanciels. Dans la section qui suit, nous présentons brièvement les facteurs couramment recensés dans la littérature scientifique.

Les facteurs ou les prédispositions individuels associés au suicide sont principalement : les troubles mentaux, incluant l'abus et la dépendance à l'alcool et aux drogues, la présence de maladies physiques et de liens pathologiques avec les proches et les problèmes d'adaptation.

Les facteurs liés au milieu social se rapportant à la famille, au milieu social plus large et aux valeurs et attitudes culturelles véhiculées dans ces milieux. Parmi les principaux facteurs de risque, on trouve notamment : un milieu familial dysfonctionnel, des conditions économiques difficiles, des antécédents suicidaires dans l'environnement familial, l'isolement social et un système de valeurs qui tend à considérer le suicide comme une solution acceptable à certains problèmes.

Les facteurs environnementaux immédiats ou les événements circonstanciels peuvent être de différents ordres. Ils peuvent être à la fois des événements de la vie, par exemple : un décès, une perte d'emploi, une séparation, un échec à l'école, une hospitalisation ou encore l'accessibilité à des moyens d'attenter à ses jours (armes à feu, médicaments, etc.). La consommation d'alcool ou de drogues peut également entraîner des comportements suicidaires.

Les études scientifiques montrent qu'une foule de facteurs peuvent être associés au suicide et aux comportements suicidaires. Cependant, en dépit de tous les travaux réalisés jusqu'à maintenant, il faut bien reconnaître que beaucoup reste à faire afin de bien comprendre quelle est la nature des liens qui unissent ces différents facteurs. Il faut également souligner le fait que les troubles mentaux et les abus de substances psychoactives sont, de tous les facteurs étudiés, ceux qui ont été le plus souvent mis en évidence par les chercheurs. Ce sont également ceux dont l'association avec le suicide et avec les comportements suicidaires s'est révélée être la plus forte. Ils ne constituent toutefois pas une condition suffisante à l'apparition de ces phénomènes. Une minorité seulement des personnes qui présentent des troubles mentaux ou qui abusent de substances psychoactives décèdent par suicide ou présentent des comportements suicidaires. Il faut par ailleurs reconnaître l'importante contribution de divers facteurs environnementaux et événements circonstanciels pour la compréhension de ces phénomènes.

Si l'on peut regrouper les facteurs associés au suicide en trois grandes catégories, leur importance relative diffère aussi selon les groupes d'âge. C'est pourquoi il y a lieu de distinguer les facteurs associés chez les enfants, les jeunes, les adultes et les personnes âgées. On trouvera à l'annexe 1 une brève recension des recherches sur les principaux facteurs associés au suicide et aux comportements suicidaires par groupe d'âge.

LES CONSTATS SUR LES SERVICES OFFERTS

Les constats sur les services offerts nous amènent à préciser notre conception des différents niveaux d'action associés à la prévention du suicide[6].

La prévention regroupe les mesures destinées à prévenir l'apparition même des crises suicidaires en agissant sur certains risques (situations particulièrement critiques), en réduisant les conditions sociales défavorables. Cette définition inclut la notion de promotion de la santé dont le but est de créer des conditions et des habiletés de vie favorables à la santé et au bien-être de la population.

L intervention désigne les initiatives axées sur une prise en charge immédiate des crises suicidaires et sur un suivi à plus long terme auprès des sujets à risque, à savoir des soins, un traitement et du soutien.

La postvention englobe les mesures de soutien offertes aux personnes, familles, milieux de vie et intervenants à la suite d'un décès par suicide.

Quelques constats d ensemble

Il est utile de bien situer le contexte plus général du développement des initiatives et des collaborations en prévention du suicide au Québec. Cet exercice, qui ne se veut pas exhaustif, permet de mieux circonscrire les enjeux afférents la conception de stratégies d'action face au suicide.

Dans la plupart des régions du Québec, les activités de prévention, de promotion et de postvention sont d'abord le fait du milieu communautaire, qui a d'ailleurs acquis des habiletés d'intervention. Cette situation s'explique en partie par le fait que cette problématique a été prise en charge par les centres de prévention du suicide depuis près d'une vingtaine d'années. Une répartition inéquitable et ponctuelle des ressources financières par région n'a pas facilité le développement d'un réseau structuré d'information et d'échanges pour l'ensemble des intervenants œuvrant en prévention du suicide. Malgré les critiques formulées à l'égard de l'implication du milieu institutionnel par rapport à la problématique du suicide, il faudrait ici souligner l'engagement remarquable de plusieurs intervenants (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, policiers, etc.) et chercheurs (l'annexe 2 présente à ce sujet quelques exemples d'intervention).

6 Santé Canada. 1994. *Le suicide au Canada*, mise à jour du rapport du groupe d'étude sur le suicide au Canada.

Si l'on se place dans une perspective historique, on constate que la problématique du suicide a occupé une place secondaire dans le cadre des différentes Stratégies et politiques en santé publique et en santé mentale. La prise en charge des personnes suicidaires et les interventions en situation de crise suicidaire n'ont jamais vraiment mobilisé le milieu institutionnel et ses principaux intervenants. À titre d'exemple, une consultation téléphonique réalisée auprès des régies régionales au printemps 1996 sur l'organisation des services de santé et des services sociaux a permis de confirmer que le suicide n'était pas une problématique prioritaire, sauf pour quelques régions et pour quelques exceptions. Certains centres de crise en santé mentale et plusieurs autres milieux refusent même d'intervenir auprès de la clientèle suicidaire.

Les compétences relatives aux actions à mener au regard de la problématique du suicide ont été surtout développées par et pour les bénévoles et intervenants du milieu communautaire, plus particulièrement en ce qui a trait à l'intervention téléphonique et aux activités de sensibilisation en milieu scolaire.

Les collaborations entre les centres de prévention du suicide (CPS) et les autres organismes du réseau de la santé et des services sociaux sont ponctuelles, bien qu'il existe des ententes avec des CLSC concernant la dispensation d'une partie ou de l'ensemble des services dans la plupart des régions. Les liens sont en général plus difficiles à établir avec le réseau hospitalier qui, pour sa part, profite peu du soutien du milieu communautaire. Il faut noter par ailleurs la production de protocoles concernant la prise en charge et la référence de la clientèle suicidaire, et un exemple notable de la mise en place d'un modèle intégré de services dans la région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Le suicide a fait l'objet d'études dans certaines régions et des actions ont été menées en vue de resserrer le contrôle des armes à feu et de restreindre l'accessibilité à des sites particuliers (annexe 2).

Les constats liés à la prévention

Les attitudes de la population à l'égard du suicide sont variées. Si la population en général n'ose pas tellement aborder le sujet du suicide, 25 % des personnes interrogées au cours d'un sondage (CROP, 1996) considèrent que le suicide est un geste courageux. Cinquante pour cent des répondants pensent qu'il faut avoir un problème psychologique pour se suicider. La population connaît mal les principaux facteurs de risque du suicide. On note également une banalisation du phénomène du suicide ainsi qu'une couverture et un traitement très inégaux de la problématique suicidaire par les médias.

Force est de constater que de façon générale, il y aurait lieu de mieux orienter et coordonner les activités de promotion du mieux-être et de prévention du suicide. Une exception importante à ce constat est l'organisation de la Semaine provinciale de prévention du suicide par l'Association québécoise de suicidologie. C'est durant cette période, chaque année au mois de février, que de nombreuses activités sont offertes dans chaque région par les centres de prévention du suicide et autres organismes locaux, en collaboration avec l'AQS. Toutefois, les activités de promotion du mieux-être et de prévention du suicide font rarement l'objet d'évaluation et les points de vue sont partagés quant à leur efficacité pour prévenir le suicide. Il y a par ailleurs sous-investissement de la promotion et de la prévention auprès de la clientèle la plus à risque, soit la clientèle adulte masculine.

Les efforts déployés depuis plusieurs années, plus particulièrement dans la formation des bénévoles et des intervenants, ont permis le développement d'une expertise sur le processus suicidaire, l'évaluation du risque et de l'urgence, l'identification des personnes ou des groupes les plus à risque et des ressources existantes. Dans certaines régions, les centres de prévention du suicide offrent des activités de formation et de sensibilisation qui s'adressent à différents professionnels, par exemple les policiers, le personnel des organismes communautaires, les enseignants, etc. L'ensemble des sentinelles, c'est-à-dire les personnes susceptibles d'établir un contact privilégié avec les personnes suicidaires, particulièrement le personnel médical et les intervenants psychosociaux, ne bénéficient pas, pour la plupart, d'activités de sensibilisation et de formation. Une telle formation devrait comporter un volet sur les mécanismes de dépistage auprès des groupes les plus à risque.

Les constats liés à l intervention

Les personnes suicidaires peuvent recevoir des services de nombreux organismes communautaires et du réseau de la santé et des services sociaux, mais on note cependant des problèmes d'articulation et de coordination des activités d'intervention. Outre le manque d'engagement des ressources institutionnelles et même de certains secteurs communautaires face à la problématique du suicide, ces situations sont dues à l'absence de mécanismes clairement établis dans la prise en charge et le suivi pendant et après la crise suicidaire.

Les rôles et les responsabilités ne sont pas assez clairement définis par rapport aux différents usagers, soit qu'ils sont déjà pris en charge dans le réseau (toxicomanie, santé mentale), soit qu'ils utilisent pour la première fois des services de première ligne. Les connaissances nécessaires à l'évaluation, à la prise en charge et au suivi ne sont pas suffisamment répandues et intégrées.

L'absence de leadership constitue un frein à la mise en place d'une gamme essentielle de services. Il y a très peu d'ententes interétablissements pour faciliter le recours aux différents services (qui fait quoi?) et éviter que l'on joue au « ping-pong » avec la clientèle, et il est rare que l'on puisse recourir à une banque de ressources bien ciblées selon les différentes problématiques. Par exemple, dans bien des cas, les policiers, qui sont souvent les premiers à intervenir dans les situations de crise, peuvent difficilement diriger les personnes vers les ressources appropriées.

La majorité des régions du Québec offrent un service d'intervention téléphonique. Cependant, ce service n'est pas disponible 24 heures par jour et 7 jours par semaine dans toutes les régions. De plus, dans plusieurs régions, les services d'intervention téléphonique ne sont pas liés aux autres services d'intervention, de prise en charge et de suivi. Une intervention téléphonique complète devrait comprendre non seulement une écoute, une évaluation et une intervention de crise ponctuelle, mais aussi des mécanismes de suivi, de prise en charge et de référence lorsque c'est nécessaire.

Le suicide est perçu comme une problématique pour spécialistes seulement, qu'ils soient du milieu professionnel ou communautaire. Il faudrait permettre au plus grand nombre d'intervenants d'obtenir le soutien clinique et la formation nécessaires à l'intervention auprès des personnes suicidaires de façon à assurer l'évaluation complète et détaillée, ainsi que la prise en charge et le suivi. La contribution des usagers, des familles, du milieu et des proches n'est pas par ailleurs suffisamment encouragée et soutenue.

Les constats liés à la postvention

La postvention englobe les mesures à prendre à la suite d'un suicide. Les répercussions d'un deuil par suicide sur les personnes ou les familles ne sont pas les mêmes que celles d'un autre type de deuil, surtout pour les personnes plus vulnérables. Cela devient un facteur de risque additionnel pour le milieu ou les personnes en cause. Malheureusement, les familles et les proches, les collègues de travail, les camarades de classe ou de l'école n'obtiennent pas toujours le soutien nécessaire, tant sur une base individuelle que de groupe.

Bien que la postvention soit le secteur d'activité pour lequel il existe le plus d'ententes de services, par exemple entre les centres de prévention du suicide et le milieu scolaire, elle demeure peu développée au Québec, tout comme les mécanismes de collaboration ou de référence entre les divers partenaires et organisations. Des interventions cliniques individuelles ou en groupe se pratiquent dans certains centres de prévention du suicide et CLSC. On déplore par ailleurs un manque de protocoles indiquant quoi faire dans le cas d'un décès par suicide selon le milieu (exemples : milieu de travail, école, etc.).

Des lacunes importantes semblent également exister dans le suivi offert à la suite d'une tentative de suicide. En effet, les services sont inégaux d'une ressource ou d'une institution à l'autre et les mécanismes de suivi dans le milieu naturel d'appartenance s'avèrent trop souvent absents ou déficients.

Les constats sur la recherche

Un bilan des budgets alloués à la recherche sur le suicide illustre un sous-investissement dans ce domaine. À ce sous-investissement notable, s'ajoute également le manque d'orientations et de priorités en recherche. Cette situation se traduit par le sous-développement de la recherche fondamentale dans une perspective multifactorielle, notamment la recherche sur les facteurs de risque. Il y a également très peu de diversité dans les projets de recherche en cours. Un bon nombre de ces recherches touchent exclusivement la population jeune tandis que les adultes font l'objet de très peu d'investigation.

Un autre des constats observés en cette matière est le peu de recherches évaluatives, tant dans le domaine de la promotion, de la prévention, de l'intervention que de la postvention. D'ailleurs, plusieurs programmes sont mis au point et répandus sans qu'ils aient fait l'objet d'une quelconque évaluation.

À la lumière des recherches actuelles sur le suicide et les comportements suicidaires, plusieurs données devraient être utiles pour planifier les programmes de prévention et de postvention. Il y a malheureusement très peu de liens entre l'état des connaissances et la mise en œuvre des activités de prévention et de postvention. Cette réalité traduit le peu d'échanges et de contacts entre le monde des chercheurs et celui des intervenants.

LES PRINCIPES LIÉS À L ACTION

Les débats et points de vue suscités par les discussions qui ont trait aux droits individuels et collectifs, d'autant plus quand il s'agit de questions de vie et de mort, ne peuvent laisser personne indifférent.

Il est fondamental de préciser quels sont les principes et les valeurs qui doivent guider en tout temps la détermination d'objectifs et de stratégies. Pour encadrer les actions qui sont privilégiées, trois principes ont été retenus.

Valoriser le sens de la vie en s appuyant sur les solidarités et les responsabilités

Les personnes les plus vulnérables et celles qui sont confrontées à de multiples problèmes voient souvent et malheureusement le suicide comme solution pour mettre fin à leurs souffrances. La réalité est souvent lue à partir de la lunette des problèmes sociaux plutôt que d'appuyer nos stratégies de soutien sur le potentiel des personnes et sur les événements positifs de la vie.

Il y aurait certainement avantage à revaloriser la vie en tenant compte du potentiel des personnes et des mesures positives d'intégration sociale de ceux et celles qui sont aux prises avec des problèmes plus persistants. Il faudrait à cet égard revaloriser le rôle des parents, des amis, des proches et des institutions de la communauté locale d'appartenance.

L'isolement des personnes est d'autant plus grand quand elles sont aux prises avec des problèmes multiples, ce qui est souvent le cas des personnes suicidaires. Les obligations légales qui nous sont faites d'intervenir en cas de danger physique réel et immédiat auraient certainement avantage à être étendues, tout au moins en principe, à une incitation à l'entraide et à l'obligation de fournir l'aide morale et préventive à toute personne en situation de crise suicidaire et encore plus à celles qui révèlent une intention de se suicider.

Il est possible d'influencer positivement les comportements du plus grand nombre d'entre nous en valorisant la vie, l'entraide et l'importance pour tous et toutes de pouvoir compter sur un ou des groupes d'appartenance. En matière de violence, par exemple, certains gestes autrefois tolérés ne le sont plus.

Bien que l'action et l'engagement volontaires soient assez développés au Québec, il faut mobiliser les gens en démystifiant le suicide et en favorisant les interrelations entre les différents réseaux sociaux pour éviter de faire porter le poids de l'action sur une ou quelques personnes. Il faut par ailleurs promouvoir une approche proactive dans les services de première ligne afin de rendre l'aide et l'entraide plus disponibles et plus facilement utilisables.

Dans une société qui accorde beaucoup d'importance aux droits individuels, l'intention manifeste de se donner la mort commande et oblige l'engagement de tous.

Reconnaître que l individu et la société ont certaines compétences pour faire face à la problématique du suicide et le potentiel pour en développer de nouvelles

Le suicide est souvent présenté comme un phénomène multifactoriel sur lequel on a peu d'emprise ; il existe pourtant un processus suicidaire habituellement identifiable. Il est possible de mesurer le risque que présente une situation donnée ainsi que l'urgence d'intervenir. Certaines personnes sont plus à risque et certains intervenants, les praticiens agissant en première ligne par exemple, sont plus susceptibles d'être consultés par des personnes qui souffrent.

Il existe un problème de coordination des services à l'endroit des personnes suicidaires. Beaucoup d'intervenants craignent également d'agir auprès de celles-ci.

Il faut multiplier les actions de sensibilisation et de responsabilisation auprès de la population et des sentinelles, c'est-à-dire les personnes les plus susceptibles d'entrer en contact avec des personnes suicidaires.

Il faut aussi s'assurer de mettre au point des outils d'orientation ou de référence concurremment avec la mise en place de protocoles d'intervention et d'ententes entre les établissements (CLSC, hôpitaux, etc.). Il ne faut pas faire du suicide une problématique pour spécialistes mais s'assurer de multiplier le nombre d'individus susceptibles d'intervenir auprès des personnes suicidaires.

Chaque individu peut, à titre de citoyen, se sentir concerné par les souffrances de ses semblables. L'expérience parfois difficile de la vie est le propre de tout être humain. Nous avons tous à bien des égards les outils nécessaires pour comprendre et intervenir auprès de nos pairs. La qualité de nos interventions puise dans notre propre expérience et s'appuie sur la sincérité de nos intentions. À chacun et à chacune de se servir de ses compétences d'être humain en ayant toujours la possibilité de s'appuyer sur les ressources professionnelles et les ressources de son milieu.

Miser sur les intervenants et les services existants

L'expertise et les compétences nécessaires pour venir en aide aux personnes suicidaires et à leurs proches sont disponibles. Il s'agit de favoriser le maillage entre les différents acteurs du secteur communautaire et institutionnel et de promouvoir des approches et des ententes qui favorisent la meilleure complémentarité d'action et d'intervention. Il faut également miser sur un renforcement des capacités et compétences sur le plan de l'intervention par une formation continue et commune auprès des intervenants de l'ensemble des réseaux en cause. Cette formation pourrait traiter des caractéristiques des différentes clientèles, des rôles et responsabilités des divers intervenants, des ressources locales les plus appropriées, etc.

LES OBJECTIFS À POURSUIVRE

Selon les études scientifiques, même s'il est difficile d'affirmer catégoriquement qu'on puisse abaisser le taux de suicide, il est envisageable d'au moins le stabiliser. Les multiples raisons pour lesquelles les gens commettent des gestes suicidaires et les différents environnements dans lesquels ces événements se produisent nous ont convaincus d'associer le plus grand nombre possible d'intervenants et de les soutenir dans leurs actions. Il faut également accorder de l'importance aux services d'intervention en situation de crise et à leur suivi et mieux définir les rôles des intervenants.

Bien qu'elles soient de nature différente, les actions qui visent à prévenir les gestes suicidaires devraient être perçues comme complémentaires aux interventions de crise et au suivi approprié.

Même s'il est difficile de définir un cadre théorique propre à la problématique du suicide, il est important de souligner les liens entre les objectifs et les différents **facteurs de risque.**

La connaissance **des facteurs associés aux prédispositions individuelles** nous incite par exemple à la mise en place de programmes de dépistage et de traitement des troubles dépressifs et de la personnalité, et de sensibilisation des sentinelles [7] .

Quant à l'influence du milieu social, la liste **des facteurs** qui y sont associés nous indique, à titre d'exemple, qu'il nous faut agir en priorité auprès de ceux et celles qui façonnent l'opinion publique en général, choisir d'intervenir dans les milieux où le taux de suicide est plus élevé ou encore assurer les suivis dans tout milieu familial touché par le suicide.

Enfin, **les événements circonstanciels** commandent des Stratégies appropriées à une intervention efficace en situation de crise, au développement de services d'intervention téléphonique, de soutien entre pairs, ainsi qu'un meilleur contrôle des divers moyens disponibles.

Les orientations proposées ont pour but de préciser les objectifs communs permettant de s'attaquer de façon efficace au problème du suicide. Ces objectifs et ces actions s'appuient simultanément sur le savoir scientifique et sur l'expérimentation et l'évaluation à mettre en valeur.

Il est donc impératif de mobiliser autour d'objectifs communs le réseau de la santé et des services sociaux, en collaboration avec ses partenaires, pour qu'ils puissent ensemble offrir une réponse plus adaptée à la problématique du suicide.

[7] Il s'agit de personnes qui, étant donné leur fonction, sont plus susceptibles de dépister les gens présentant des prédispositions associées au suicide.

En conformité avec les résultats de la consultation, il apparaît important de donner la priorité aux objectifs retenus pour faciliter la mise en œuvre de la Stratégie québécoise d'action face au suicide :

- Assurer et consolider une gamme essentielle de services et briser l'isolement des intervenants.
- Améliorer les compétences professionnelles.
- Intervenir auprès des groupes à risque.
- Favoriser les interventions en promotion-prévention auprès des jeunes.
- Réduire l'accès et minimiser les risques associés aux moyens.
- Contrer la banalisation et la dramatisation du suicide en développant le sens de la solidarité et des responsabilités.
- Intensifier et diversifier la recherche.

ASSURER ET CONSOLIDER UNE GAMME ESSENTIELLE DE SERVICES ET BRISER L ISOLEMENT DES INTERVENANTS

Un des principaux constats associés à la problématique du suicide au Québec est le développement inégal des services d'une région à l'autre et les lacunes en ce qui a trait à la concertation et à la coordination de ceux-ci. Par ailleurs, les services qui doivent être assurés ne sont pas clairement définis.

Cette situation problématique crée dans plusieurs régions de la confusion quant au partage des responsabilités par rapport aux personnes suicidaires. De plus, les liens entre les ressources, la communauté et l'entourage sont souvent déficients, ce qui a pour effet de les isoler dans l'intervention et le suivi auprès des personnes aux prises avec le problème du suicide. Nous proposons donc d'offrir une gamme essentielle de services et quelques outils additionnels nécessaires à la coordination et à la continuité de l'intervention.

La gamme essentielle de services

Dans chaque région, une gamme essentielle de services devra être disponible pour les personnes suicidaires, leur entourage (parents, amis) et les individus qui ont perdu un proche à la suite d'un décès par suicide. Les ressources du milieu devront être en mesure de répondre aux besoins de cette clientèle ou de diriger ces personnes ailleurs, le cas échéant. Voici quels sont ces services.

L accessibilité téléphonique

L'accessibilité téléphonique à une ressource correspond à l'intervention téléphonique 24 heures par jour et 7 jours par semaine. La réponse téléphonique comprend l'évaluation, l'intervention de crise et, si nécessaire, la référence pour la prise en charge et le suivi. L'intervention téléphonique concerne à la fois les personnes suicidaires, leur entourage et les endeuillés par suicide.

L intervention

Le risque suicidaire ne devrait jamais être invoqué pour disqualifier des services requis; au contraire, cela devrait augmenter la priorité de l'intervention. Ainsi, pour les clientèles à risque déjà prises en charge dans différents réseaux (toxicomanie, santé mentale, violence, etc.), il est souhaitable que l'intervention de crise suicidaire soit prise en charge par ces mêmes réseaux. Les intervenants de ces milieux devront être formés pour répondre à la problématique suicidaire. Pour les clientèles qui ne sont pas déjà prises en charge, des services d'évaluation et de référence, de soutien et d'information aux tiers devront être instaurés, idéalement là où les services d'aide auront été sollicités.

L'évaluation du risque suicidaire et de l'urgence de la situation n'est pas une intervention réservée aux spécialistes. L'intervention peut s'appuyer sur des services professionnels réguliers, sans en dépendre totalement. Ces services peuvent être accessibles dans les différents organismes ou établissements locaux (ex. : centres d'accueil, CLSC, CPS, cliniques privées, etc.).

L'intervention comprend :

- une évaluation complète et détaillée ;
- l'aide requise ;
- le suivi et la relance.

Ces activités d'intervention doivent se faire en associant l'entourage (les personnes suicidaires, les familles, le milieu et les proches), dans les limites de leurs capacités, afin de favoriser, maintenir et stimuler leur engagement auprès des personnes suicidaires. Cette association permet à l'entourage d'assumer un rôle dans la protection et le suivi des personnes suicidaires quand cela est possible. Cependant, il faut également considérer que l'entourage des personnes suicidaires a besoin de soutien.

Même si les intervenants se sentent capables d'agir auprès des personnes en crise suicidaire, ils devraient pouvoir compter sur l'appui d'une ressource plus experte s'ils jugent que le cas devient trop lourd.

Les services de postvention

La postvention comprend :

- la disponibilité des services d'intervention post-traumatique (debriefing) individuels et de groupe afin que les proches et les différents intervenants puissent avoir accès à ce service dans les 48 heures suivant l'événement (décès par suicide ou tentative de suicide) et si nécessaire à un suivi par la suite ;

- la disponibilité de services de postvention individuels ou de groupe pour les personnes endeuillées par suicide, qui soient appropriés à leur situation et offerts en collaboration avec les ressources de leur milieu. Une attention particulière devra être portée aux enfants, et des services d'évaluation et de soutien devront leur être offerts systématiquement ;

- des protocoles dans le cas où le suicide ou la tentative de suicide se produit dans un milieu extérieur (travail, école, etc.), afin de déterminer les responsabilités de chacun dans les actions à mener à la suite d'un décès par suicide ou d'une tentative de suicide.

Quelques outils d intervention

Des protocoles d'intervention proposés à chaque établissement, des ententes de services entre les établissements, des guides de référence ainsi qu'un soutien clinique aux intervenants constituent des points d'ancrage nécessaires au bon fonctionnement de la gamme essentielle de services.

Des protocoles d intervention

Dans la mesure où il n'existe pas de plan d'intervention en cas de crise, chaque organisme ou ressource du milieu susceptible de dispenser des services aux personnes en crise suicidaire ou ayant fait une tentative de suicide, à leurs proches ainsi qu'aux endeuillés par suicide, devra se doter de protocoles d'intervention. Ces protocoles permettront aux intervenants de mieux camper leurs responsabilités et d'assurer une meilleure efficacité dans la dispensation des services. Les établissements, ainsi que chaque organisme ou ressource du milieu, pourront s'appuyer sur les modèles d'intervention proposés.

Des ententes de services

La coordination des services est un élément de base pour donner une réponse adéquate aux personnes aux prises avec une problématique suicidaire. La coordination signifie des rôles clairs pour chacun des services ou ressources ainsi que des mécanismes de référence et de collaboration. C'est pourquoi la coordination des services sera consolidée par des ententes qui vont lier l'ensemble des partenaires (CLSC, hôpitaux, CPS, services policiers, écoles, centres d'accueil, etc.). Ces ententes viendront appuyer l'application des protocoles établis en facilitant le recours aux services jugés nécessaires. Ces mécanismes de coordination devront être connus par les intervenants.

Des guides de référence

Afin de faciliter l'intervention, tous les acteurs devront avoir en leur possession des guides d'orientation ou des outils de référence décrivant clairement tous les rôles et responsabilités des ressources qui sont en mesure d'intervenir auprès de la clientèle aux prises avec une problématique suicidaire. C'est pourquoi dans chaque région ou chaque territoire, il faudra mettre au point des guides d'orientation et des outils d'intervention.

Un soutien clinique

Tous les intervenants et professionnels devront avoir accès à des personnes ou à des ressources qui agiront au besoin comme soutien clinique auprès d'eux. On devrait ainsi trouver dans chaque région une équipe d'experts ou des personnes susceptibles d'offrir un soutien clinique dans le cadre de la problématique du suicide.

Assurer et consolider une gamme essentielle de services et briser l isolement des intervenants		
ACTIONS	**ÉCHÉANCE**	**NIVEAU DE RESPONSABILITÉ**
• Identifier la personne ou l'organisme responsable du leadership.	1998	Régional
• Élaborer un état de situation sur les services (accès téléphonique, intervention et postvention) sur les plans local et régional.	1998	Régional
• S'assurer de la disponibilité de la gamme essentielle de services et préciser les mandats et rôles respectifs de tous les partenaires sur les plans local et régional.	1999	Régional et local
• Concevoir des modèles de protocoles d'intervention et d'ententes de services.	1998	National, avec la collaboration du régional
• Identifier l'équipe d'experts qui agira dans chaque région comme soutien clinique auprès des intervenants et des professionnels.	1998	Régional
• Mettre à la disposition de tous les intervenants et professionnels du réseau de la santé et des services sociaux des guides d'orientation ou des outils de référence décrivant clairement tous les rôles et les responsabilités des ressources qui sont en mesure d'intervenir auprès de la clientèle suicidaire.	1999-2000	Régional

Indicateurs d implantation

- Présence d'un plan régional d'organisation de services intégrés en prévention du suicide (qui fait quoi ?).

- Présence de mécanismes de coordination (protocoles et ententes).

- Pourcentage de la population ayant accès à un service d'intervention téléphonique.

- Soutien apporté aux intervenants et efficacité des actions entreprises.

- De façon ponctuelle, chaque région devrait être en mesure d'évaluer si les usagers et leurs proches ont reçu des suivis appropriés à leurs besoins.

AMÉLIORER LES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES

La présence de troubles mentaux est rapportée dans la littérature scientifique comme ayant été un facteur prédisposant chez bon nombre de personnes décédées par suicide. Les compétences professionnelles sur le dépistage et le traitement des troubles mentaux sont un élément essentiel à la prévention du suicide. Il devient donc pertinent de s'assurer que les professionnels aient la formation requise pour diagnostiquer et traiter les troubles mentaux dès leur apparition. L'amélioration des compétences professionnelles doit également s'accompagner d'un changement dans les attitudes et du développement d'un savoir-être par rapport à la clientèle suicidaire et à ses besoins.

Assurer l identification et le traitement des personnes souffrant de troubles mentaux

Il faut d'abord former et outiller davantage les médecins omnipraticiens pour qu'ils puissent mieux diagnostiquer et traiter les personnes souffrant de troubles mentaux et plus spécialement les troubles dépressifs, les troubles d'adaptation, les troubles qui leur sont associés et leurs indices. Dans la littérature scientifique, on rapporte que la majorité des personnes qui décèdent par suicide ont consulté un médecin dans les semaines qui ont précédé l'événement. Il faudrait inclure dans le programme de formation des omnipraticiens les éléments nécessaires à l'acquisition d'une bonne connaissance de la problématique du suicide.

Pour les autres intervenants de première ligne (psychologues, travailleurs sociaux, policiers, psychoéducateurs, enseignants, etc.), il faut s'assurer qu'ils acquièrent les compétences pour dépister les troubles dépressifs, les troubles qui leur sont associés et leurs indices, tant chez les adultes que chez les jeunes en difficulté.

Assurer une formation adéquate aux intervenants de première ligne sur les interventions auprès des personnes suicidaires, de leur entourage et des gens endeuillés par suicide

Dans le but de bien refléter l'ensemble du travail à faire pour améliorer les compétences professionnelles, deux contenus de formation doivent être mis au point :

- l'identification des personnes suicidaires, l'évaluation du risque et de l'urgence suicidaire, l'intervention de crise auprès des personnes suicidaires et de leur entourage, et la postvention ;

- une meilleure connaissance des mécanismes et des ressources de référence pour les personnes suicidaires, pour leur entourage et pour les gens endeuillés par suicide.

Les intervenants seront formés pour optimiser leurs compétences sur le plan de l'évaluation du risque suicidaire, de l'intervention de crise, de la prise en charge, cela incluant le traitement et le suivi.

Il faudra s'assurer de l'évaluation et de l'adaptation permanentes des programmes de formation à l'intention de l'ensemble des intervenants susceptibles d'agir auprès d'une clientèle suicidaire. S'il faut développer les savoirs, il sera primordial de conscientiser et d'éduquer davantage les intervenants aux qualités humaines (compassion, écoute, tolérance, etc.), à l'égard des personnes qui se caractérisent par une grande souffrance et une plus grande vulnérabilité devant l'adversité.

La formation aurait également avantage à être donnée de façon continue. Ainsi, cette manière de faire permettra d'assurer une intégration réelle des nouvelles connaissances et la mise à jour des pratiques.

Parallèlement à ces stratégies axées sur la dispensation des services et sur les moyens pour maximiser leur mise en œuvre sur le plan régional, deux stratégies devront être menées concurremment à l'échelle du Québec pour venir appuyer la formation des intervenants :

- faire des représentations auprès des corporations et ordres professionnels qui s'intéressent aux relations humaines afin qu'ils conçoivent des programmes sur l'intervention et les risques suicidaires ;

- entreprendre une démarche auprès des ordres professionnels sur la façon d'inclure dans les règles de déontologie les manières d'aborder le problème du droit à la confidentialité et du droit à la vie dans le but de protéger les individus en privilégiant un contact avec la famille et les proches. Cette initiative requiert un examen minutieux des divers enjeux éthiques, juridiques et professionnels en cause.

Améliorer les compétences professionnelles		
ACTIONS	**ÉCHÉANCE**	**NIVEAU DE RESPONSABILITÉ**
• Former tous les omnipraticiens sur le diagnostic des troubles dépressifs, sur les troubles d'adaptation et sur les stratégies de traitement.	1999	Régional, avec le soutien national et en collaboration avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
• Former les intervenants sur l'identification des troubles dépressifs, des troubles qui leur sont associés et de leurs indices.	1999	Régional, avec le soutien national
• Assurer la formation adéquate des intervenants sur le travail auprès des personnes suicidaires, de leur entourage et des gens endeuillés par suicide.	1998-1999	Régional

Indicateurs d implantation

- Pourcentage d'omnipraticiens par région qui ont reçu une formation sur le diagnostic des troubles dépressifs et sur leur traitement.

- Pourcentage d'intervenants qui ont reçu une formation sur l'identification des troubles dépressifs, des troubles qui leur sont associés et de leurs indices.

- Pourcentage d'intervenants qui ont reçu une formation sur le travail auprès des personnes suicidaires, de leur entourage et des endeuillés par suicide, selon leur milieu d'appartenance.

INTERVENIR AUPRÈS DES GROUPES À RISQUE

Nous savons que certains groupes de personnes sont plus à risque de se suicider, par exemple les individus qui ont déjà manifesté un comportement suicidaire, les hommes de 20 à 55 ans, les toxicomanes et les personnes qui présentent des troubles mentaux.

Nous croyons que le fait de cibler des clientèles à risque de suicide et de tentative de suicide devrait nous permettre de prévenir les gestes suicidaires. Cependant, dans le contexte où l'évidence de l'efficacité des mesures est plutôt faible et où les façons d'intervenir auprès de certains groupes sont peu développées, il est donc opportun de procéder avec prudence en développant et validant des modèles d'intervention et de prévention auprès des groupes à risque.

Il est proposé de favoriser ou de soutenir, dans une ou plusieurs régions intéressées, des projets visant à mettre au point et à évaluer des programmes de prévention et des activités d intervention efficaces auprès des groupes les plus à risque de suicide et de tentative de suicide. Ces projets devront être réalisés en collaboration avec les principaux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et les autres ministères ou organismes visés. Ils feront également l objet d une évaluation rigoureuse et systématique et d un ajustement, au besoin, avant d être implantés dans d autres territoires.

Ces projets devront viser prioritairement :

Les hommes à risque de suicide

- Les hommes avec des problèmes d'abus et de dépendance à la drogue, à l'alcool et à d'autres substances;
- les hommes et les jeunes présentant des troubles mentaux;
- les hommes en détention[8];
- les hommes présentant plusieurs facteurs de risque.

Les personnes à risque de tentative ou ayant fait des tentatives de suicide

- Les jeunes filles âgées de 14 à 19 ans présentant plusieurs facteurs de risque[8];
- les personnes ayant fait plusieurs tentatives de suicide.

Les sentinelles peuvent dépister, guider et orienter la personne aux prises avec la problématique du suicide ainsi que son entourage. Elles peuvent également jouer un rôle auprès des personnes difficiles à rejoindre ou encore des personnes qui n'utilisent pas les services offerts, par exemple les aînés. Par leurs fonctions, leurs responsabilités ou leur engagement dans la communauté, plusieurs de ces sentinelles sont appelées à jouer un rôle significatif auprès de personnes à risque

[8] Le MSSS considère que les interventions auprès de ces clientèles devront être réalisées en collaboration avec les ministères concernés.

de suicide. On demande à la sentinelle de faire preuve de vigilance, d'écoute et de réceptivité. L'objectif de sensibiliser et de mobiliser les sentinelles s'inscrit dans la démarche qui vise à mettre à contribution le plus d'individus possible dans la prévention du suicide.

Un projet favorisant l engagement de sentinelles auprès des groupes de personnes à risque de suicide devrait être également instauré. Ce projet devrait d abord viser les sentinelles qui sont en contact avec :

- les hommes adultes (représentants syndicaux, travailleurs dans les centres d'emploi, barmaids, coiffeurs, etc.);

- les hommes âgés (auxiliaires familiales, associations de l'âge d'or, autres associations œuvrant auprès des aînés);

- les jeunes aux habitudes de vie néfastes, sans appartenance fixe à un milieu de vie, à un milieu de travail ou à un milieu scolaire.

Ces projets devront être évalués afin de préciser quelles sont les conditions propices à leur mise en place.

Cependant, cette démarche doit être précédée par l'inventaire d'une gamme essentielle de services.

Intervenir auprès des groupes à risque		
ACTIONS	**ÉCHÉANCE**	**NIVEAU DE RESPONSABILITÉ**
• Cibler et soutenir financièrement des projets sur la prévention et l'intervention auprès des groupes plus à risque de suicide et de tentative de suicide et évaluer ces projets.	1998-2000	National
• Implanter des projets en prévention du suicide auprès des groupes les plus à risque.	1998-2002	Régional
• Cibler et soutenir un projet favorisant l'engagement de sentinelles auprès des groupes à risque et évaluer la faisabilité d'une telle démarche dans une perspective visant l'implantation du projet.	1998	National

Indicateurs d implantation

- Nombre de projets retenus et implantés.

– Type de clientèles rejointes par les projets.

FAVORISER LES INTERVENTIONS EN PROMOTION/PRÉVENTION AUPRÈS DES JEUNES

Il est important, d'une part, de bien distinguer les activités reliées à la prévention des comportements suicidaires des actions qui visent à améliorer les compétences personnelles et sociales et qui sont susceptibles de prévenir l'accroissement de divers problèmes sociaux. Il faut, d'autre part, agir en amont des problèmes comme l'établit clairement le document sur les priorités nationales en santé publique. De concert avec le ministère de l'Éducation, le MSSS a retenu les recommandations du Conseil permanent de la jeunesse les plus susceptibles de permettre l'atteinte de notre objectif.

Améliorer les compétences personnelles et sociales chez les enfants et les jeunes

Il y aurait avantage à privilégier le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes. Cette priorité d'action doit être réalisée de façon continue et s'inscrire tout au long du cheminement préscolaire et scolaire. Il faut promouvoir les actions axées sur le soutien et associer les parents et le milieu familial, étant donné l'importance de plus en plus grande accordée à la participation du milieu naturel d'appartenance dans la prise en charge des problèmes sociaux et de santé. Nous retenons la proposition du Conseil permanent de la jeunesse qui recommande au ministère de l'Éducation d'inscrire le développement de compétences personnelles et sociales, telles que la capacité de résolution de problèmes, de gestion des conflits interpersonnels et l'estime de soi dans le programme scolaire et dans l'ensemble des activités des écoles primaires et secondaires.

Il y aurait avantage à sensibiliser les directions d'école, les professionnels et les enseignants ainsi que les conseils d'orientation pour encourager la mise au point de stratégies d'entraide et de soutien entre pairs.

Cette proposition tient compte de la recommandation du Conseil permanent de la jeunesse qui se lit comme suit : compte tenu du fait que les adolescents qui vivent des problèmes importants se confient surtout à d'autres jeunes, le Conseil recommande à la ministre de l'Éducation et aux dirigeants des commissions scolaires de promouvoir auprès des directions d'école le développement de l'entraide par et pour les jeunes en soutenant l'instauration de groupes de pairs aidants dans les établissements d'enseignement secondaire et postsecondaire [9]. Ces actions pourraient se réaliser en collaboration avec les ressources de la communauté.

[9] Conseil permanent de la jeunesse 1997. *Le suicide chez les jeunes : S.O.S. Jeunes en détresse !* Avis, p. 86

Développer une expertise sur la prévention du suicide auprès des jeunes

Le consensus est loin d'être établi concernant les aspects positifs ou négatifs de l'introduction d'un programme adapté à la prévention du suicide en milieu scolaire. Avant de penser proposer des programmes globaux de prévention du suicide dans les écoles, il apparaît souhaitable, en accord avec les critiques déjà formulées par le Conseil permanent de la jeunesse, le Center for Disease Control et les autres organismes préoccupés par la prévention du suicide chez les jeunes, de s'assurer de l'expérimentation d'un projet ou de plusieurs projets qui serviraient à mesurer à quelles conditions précises une intervention de prévention adaptée au suicide en milieu scolaire peut être efficace et souhaitable.

Assurer la postvention

Il faut cependant traiter directement de ces questions lorsque survient un suicide ou une tentative de suicide. Il appartiendra à chaque régie régionale de s'assurer que des services de postvention soient offerts rapidement.

Favoriser les interventions en promotion-prévention auprès des jeunes		
ACTIONS	**ÉCHÉANCE**	**NIVEAU DE RESPONSABILITÉ**
• S'assurer d'une programmation en milieu scolaire visant le renforcement des aptitudes personnelles et sociales des jeunes et préconisant un environnement favorable à l'adoption de saines habitudes de vie.	1998-2002	National
• Expérimenter un ou plusieurs projets de prévention du suicide en milieu scolaire et en faire l'évaluation.	1998-2000	National
• S'assurer de la présence, dans chacune des régions, d'une équipe capable d'intervenir en milieu scolaire en collaboration avec ce milieu lorsque se produit un suicide ou une tentative de suicide.	1998	Régional

Indicateur d implantation

- Présence d'une équipe régionale en mesure d'intervenir en milieu scolaire lorsque se produit un suicide ou une tentative de suicide.

RÉDUIRE L ACCÈS ET MINIMISER LES RISQUES ASSOCIÉS AUX MOYENS

Les mesures préventives associées aux moyens utilisés pour mettre fin à ses jours se sont révélées des expériences positives en matière de prévention du suicide. On connaît quelques exemples ayant eu des effets sur les suicides ou ayant diminué les conséquences de certains gestes suicidaires. Par exemple, en Angleterre, la baisse de la toxicité du gaz domestique a eu un effet sur les taux de suicide. Lorsque l'on réduit l'accès à un moyen, on augmente la possibilité pour la personne qui voulait s'enlever la vie de surseoir à son geste. De plus, lorsqu'il y a déplacement vers un autre moyen et que la létalité est moindre, cela a pour conséquence de limiter les décès ou de réduire la gravité des blessures dans les cas de tentatives de suicide. Il faut donc encourager et mener à bien les initiatives qui permettent de limiter l'accès à certains moyens.

Promouvoir et voir à l implantation d actions, dans toutes les régions du Québec, visant à réduire l accès à certains moyens facilitant le suicide ou à minimiser les risques qui y sont associés

– Armes à feu

S'assurer que les professionnels de la santé puissent vérifier la présence d'armes à feu chez les personnes qui présentent des risques suicidaires et qu'il puissent faire saisir ces armes.

Inciter les policiers à saisir les armes à feu en cas de danger, tel que le prévoit le Code criminel[10] et inviter les intervenants à faire appel à leurs services. Il y aurait également avantage à sensibiliser les proches à l'utilité d'enlever toutes armes dans l'environnement des personnes à risque.

En collaboration avec les partenaires régionaux, s'assurer que la législation sur l'entreposage et l'enregistrement des armes à feu soit respectée. Ces démarches seront soutenues par des représentations auprès des décideurs et responsables de l'application des lois. Il serait souhaitable que des inspections sur l'entreposage soient effectuées par les autorités municipales, par exemple les pompiers dans le cadre de leur inspection des domiciles pour la prévention des incendies. Il faudrait également privilégier la recommandation du Conseil permanent de la jeunesse qui propose de rendre obligatoire l'acquisition d'un cadenas de pontet à l'achat d'une arme à feu.

[10] Loi 101, paragraphe 103 (1) et paragraphe 103 (2).

– Ponts et autres lieux à risque

Afin de rendre des lieux plus sécuritaires, certaines structures ou lieux à risque de suicide devront faire l'objet d'une investigation particulière par les régies régionales (exemple : le pont Jacques-Cartier). Les responsables du dossier suicide au ministère de la Santé et des Services sociaux feront, au besoin, des représentations auprès des gouvernements ou propriétaires afin de s'assurer que l'accessibilité à ces moyens soit restreinte.

– Médicaments

Afin de limiter l'accès à une accumulation de médicaments, faire des représentations auprès de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et des responsables des services à domicile dans les CLSC, afin qu'ils poursuivent leur sensibilisation du public à l'importance de se débarrasser des médicaments non utilisés.

Encourager les corporations et associations de médecins et de pharmaciens à continuer de favoriser la prescription d'une quantité limitée de médicaments ayant un potentiel élevé de toxicité (analgésiques puissants, narcotiques, etc.).

– Monoxyde de carbone

Faire des représentations auprès de Transports Canada pour inciter les fabricants d'automobiles à équiper les voitures de dispositifs d'arrêt du moteur en cas de concentration élevée de monoxyde de carbone dans l'habitacle. Ce dispositif est disponible déjà sur certains modèles de voitures.

Réduire l accès et minimiser les risques associés aux moyens		
ACTIONS	**ÉCHÉANCE**	**NIVEAU DE RESPONSABILITÉ**
• Mettre au fait les intervenants de la santé et des services sociaux des procédures à suivre à l'égard de la présence d'une arme à feu chez une personne suicidaire.	1998-1999	Régional
• Sensibiliser les policiers sur les dispositions législatives qui permettent de saisir une arme à feu chez une personne suicidaire.	1998-1999	Régional
• Faire des représentations auprès du ministère de la Sécurité publique et des forces policières concernant les lois sur l'entreposage et l'enregistrement des armes à feu pour s'assurer de leur application.	1998-2000	National et régional
• Inventorier les lieux à risque de suicide et évaluer la pertinence d'intervenir sur ces endroits.	1999	Régional
• Rencontrer dans chaque région les responsables des services à domicile pour les sensibiliser à l'importance de se débarrasser des médicaments non utilisés et convenir avec eux d'une stratégie de récupération.	1999	Régional
• Demander à Transports Canada d'apporter des modifications aux normes de fabrication automobile pour réduire les décès causés pour le monoxyde de carbone.	1998	Gouvernement du Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux

Indicateurs d implantation

- Pourcentage de policiers qui ont été sensibilisés aux dispositions législatives qui permettent de saisir une arme à feu.

- Pourcentage des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux qui ont été sensibilisés aux procédures à suivre à l'égard de la présence d'une arme à feu chez une personne suicidaire.

- Évaluation à l'échelle régionale de la mise en œuvre d'une stratégie de récupération domestique des médicaments à haute toxicité à la suite d'un décès ou d'une maladie.

CONTRER LA BANALISATION ET LA DRAMATISATION DU SUICIDE EN DÉVELOPPANT LE SENS DE LA SOLIDARITÉ ET DES RESPONSABILITÉS

Les messages véhiculés à l'égard du suicide font de cet événement un geste banalisé , socialement acceptable et contre lequel on pense qu'il est impossible d'agir. Il existe des histoires de suicide banalisées dans tous les types de médias, par exemple dans des dessins animés pour enfants, des reportages, des téléromans et des jeux sur CD-ROM.

Il arrive également, nous n'avons qu'à nous référer aux événements survenus récemment à Coaticook, qu'un traitement inapproprié de l'information sur les gestes suicidaires puisse produire des effets négatifs.

Chaque individu peut agir de façon responsable face au suicide et aux personnes suicidaires. Cependant, pour que chacun puisse se responsabiliser, l'accès à une information plus juste sur le suicide, ses facteurs de risque et ses signes précurseurs doit être favorisée. Les ressources disponibles doivent également être connues (groupes d'entraide, ligne d'écoute, CLSC, etc.). L'information véhiculée auprès de la population doit indiquer des moyens concrets et réels pour faciliter l'engagement de chacun par rapport à la problématique du suicide.

Il est proposé de produire un plan de communication pour appuyer l ensemble de la Stratégie d action face au suicide.

Il faut s'assurer que l'ensemble des communications, de l'information et des renseignements s'inscrivent dans un plan cohérent de communication. Il ne suffit pas de consacrer des énergies à dédramatiser le traitement médiatique du suicide.

La préparation de ce plan tiendra compte de la pertinence des actions suggérées et permettra en outre d'informer les populations en cause quant aux activités proposées tout au long de la mise en œuvre de la Stratégie d'action face au suicide. Ce plan de communication devrait favoriser le transfert des connaissances actuelles, tant en relation avec les enjeux, les différentes pratiques que le développement des nouvelles connaissances.

Au cours de l'élaboration du plan de communication, on devra notamment évaluer la pertinence de certaines activités, par exemple :

- une campagne d'information à volets multiples sur le suicide comprenant par exemple la production d'un feuillet format poche pour chaque région, dans lequel on trouvera les grandes lignes des signes d'alarme, les gestes qu'on peut faire, la gamme des ressources d'aide disponibles dans la région où l'on peut recevoir des services;

- l'à-propos d'une semaine de sensibilisation qui pourrait regrouper plusieurs thèmes (goût de vivre, maladie mentale, suicide, etc.);

- la création d'un site Internet sur le suicide.

Outre ce plan de communication, d'autres actions plus ponctuelles pourront servir d'appui au dossier du suicide :

- faire des représentations auprès du Conseil de presse et des différents médias afin d'élaborer des normes d'éthique pour le traitement de l'information sur le suicide en s'inspirant notamment du travail fait par l'Association canadienne de prévention du suicide et celui de la Société de Transport de la communauté urbaine de Montréal pour les décès par suicide dans le métro;

- faire des représentations auprès des auteurs, des producteurs d'émissions de télévision ou de radio, auprès de l'Union des artistes, des publicitaires et des autres milieux artistiques afin de les sensibiliser aux effets positifs ou négatifs qu'ils peuvent engendrer en ce qui a trait à la problématique du suicide;

- s'assurer de la disponibilité dans chacune des régions d'un guide sur le traitement de l'information pour faciliter l'intervention avec les médias dans les cas de suicide et d'homicide-suicide (renseignements sur les statistiques, les facteurs de risque et propositions pour traiter les événements afin de véhiculer un message constructif).

Contrer la banalisation et la dramatisation du suicide en développant le sens de la solidarité et des responsabilités		
ACTIONS	**ÉCHÉANCE**	**NIVEAU DE RESPONSABILITÉ**
• Produire un plan de communication pour appuyer l'ensemble de la Stratégie d'action face au suicide.	1998	National
• Assurer l'adoption et la diffusion de normes d'éthique par les médias.	1998	National
• Mettre à la disposition des responsables de la prévention du suicide dans les régions un guide pour le traitement de l'information relative au suicide.	1998	Régional, avec le soutien national
• Rencontrer les associations et les organismes regroupant les auteurs, les artistes, les dramaturges, les publicitaires et autres milieux artistiques pour sensibiliser leurs membres en matière de prévention du suicide.	1998	National

INTENSIFIER ET DIVERSIFIER LA RECHERCHE

De 1991 à 1995, environ 500 000 $ ont été investis au Québec dans le domaine de la recherche sur le suicide[11]. Face à un problème aussi prévalent sur le plan de la mortalité et de la morbidité et aussi devant sa complexité, il est urgent d'intensifier la recherche.

La recherche devrait venir appuyer les stratégies que l'on retrouve dans le plan d'action ministériel. Elle doit notamment servir à mieux cibler les groupes à risque et à prévenir de façon efficace les gestes suicidaires. Par exemple, dans le passé, la recherche sur le suicide a presque été exclusivement associée aux jeunes même si les hommes adultes constituaient un groupe à risque de suicide. De plus, la recherche devrait permettre de déterminer, d'identifier et de mettre au point des modes d'intervention adaptés aux différentes clientèles aux prises avec la problématique du suicide ainsi qu'à leur entourage. Une telle perspective devrait faciliter la mise en œuvre d'actions efficaces. L'orientation de la recherche devrait permettre de mieux connaître pour mieux agir.

[11] Source : Banque sur la recherche sociale et en santé , Service de la recherche DGPE, ministère de la Santé et des Services sociaux, avril 1996.

Intensifier et diversifier la recherche en privilégiant trois volets dans l ordre de priorité suivant :

- la recherche évaluative dans les domaines de la promotion, prévention, intervention et postvention;

- la recherche visant à mettre au point des modes d'intervention mieux adaptés aux différentes populations cibles ainsi qu'aux différentes problématiques suicidaires;

- la recherche fondamentale sur le suicide (étiologie, genèse, épidémiologie sociale).

Mettre en place un programme précis sur le suicide au Conseil québécois de la recherche sociale et au Fonds de recherche en santé du Québec en s assurant qu il y aura arrimage entre les deux organismes afin que les projets de recherche puissent être soumis à l un ou l autre des organismes subventionnaires et ainsi éviter les dédoublements.

Les organismes subventionnaires devraient investir un montant global de deux millions dans la recherche sur le suicide durant les cinq prochaines années.

S assurer, au ministère de la Santé et des Services sociaux et dans les régies régionales, que le suicide obtienne sa juste part des fonds disponibles dédiés aux études et analyses (par exemple, le programme de subventions pour projets d étude et d évaluation en santé publique).

Intensifier et diversifier la recherche		
ACTIONS	**ÉCHÉANCE**	**NIVEAU DE RESPONSABILITÉ**
• Faire des représentations auprès des organismes subventionnaires et des régies régionales pour s'assurer du financement de la recherche sur le suicide et des priorités retenues.	1998-2002	National

Indicateur d implantation

- Budget annuel alloué à la recherche sur le suicide par les organismes subventionnaires.

LES RESPONSABILITÉS ET LES FONCTIONS

Un leadership bien identifié

Étant donné la complexité et le caractère multifactoriel de la problématique suicidaire et l'appréhension liée à l'intervention auprès des personnes suicidaires, les structures ou les personnes responsables d'assumer le leadership des actions et l'obtention de résultats sont bien identifiées. Au niveau local, régional et national, un porteur du dossier sera nommé.

La mise en œuvre de la Stratégie d'action face au suicide risque de se buter à des obstacles et à des réticences tout comme elle risque de susciter l'enthousiasme et l'engagement de nombreuses personnes. Au même titre que le MSSS a jugé pertinent de traiter de façon distincte la problématique du suicide dans le cadre de ses priorités nationales en santé publique et des orientations relatives à la transformation des services en santé mentale, les expériences québécoises (à l'exemple de la Gaspésie) et étrangères nous portent à conclure à la nécessité d'un leadership distinct.

Pour donner les résultats escomptés, nous croyons que les énergies qu'il faudra déployer à court et à moyen termes pour prévenir les gestes suicidaires et répondre aux besoins de la personne en crise suicidaire et de son entourage s'appuieront sur l'identification de structures ou de personnes responsables du dossier du suicide.

L'identification de structures ou de personnes responsables du dossier du suicide tant au niveau local, régional que national facilitera la disponibilité des services nécessaires à la prévention à court et à moyen termes des gestes suicidaires, et permettra de répondre adéquatement aux besoins de la personne en crise suicidaire et de son entourage.

L'exemple de la Gaspésie, où l'on trouve un coordonnateur régional, témoigne de l'importance et de la pertinence du leadership dans la mise en œuvre d'une démarche de prise en charge du suicide dans une région. Depuis plusieurs années déjà, les territoires de cette région sont en mesure d'offrir des services coordonnés et concertés aux personnes aux prises avec la problématique suicidaire. En Alberta, par exemple, le leadership sur les plans provincial et local a joué un rôle fondamental dans la mise en œuvre d'un programme de prévention du suicide. Au Nouveau-Brunswick également, l'application du programme de prévention du suicide repose sur une personne qui a des responsabilités sur le plan provincial et sur des leaders régionaux bien identifiés.

Les responsabilités du ministère de la Santé et des Services sociaux

La tournée de consultation a permis de dégager un consensus sur les responsabilités définies en ce qui a trait aux plans national et régional. Pour le niveau local, certaines actions minimales ont été ciblées et d'autres initiatives pourront être menées à bien selon les différents milieux et selon les régions.

L appui à l implantation des stratégies en matière de prévention du suicide

Le Ministère a ici un rôle de « facilitateur ». Cela veut dire offrir aux régies régionales le soutien nécessaire dans le domaine de la prévention et de l'intervention en facilitant les échanges en ce qui a trait à leurs expériences, en mettant à leur disposition les connaissances des différents programmes et en les conseillant au besoin.

De plus, le Ministère devrait faciliter la circulation de l'information entre les régions et la cohérence des activités organisées dans l'ensemble du territoire au moyen de rencontres périodiques entre les responsables régionaux (personnes ou organismes) du dossier du suicide.

La création d outils

En concertation avec les régies régionales, le Ministère proposera des modèles types de protocoles, d'ententes de services et des outils de référence.

Le soutien à la formation auprès des intervenants et professionnels

Le Ministère favorisera la définition de balises communes pour l'élaboration des programmes de formation auprès des intervenants et professionnels et, au besoin, apportera un soutien aux régies. Celles-ci assureront la formation sur la problématique du suicide.

Les mécanismes d appui

Le Ministère a la responsabilité de mettre en place des mécanismes d'appui aux régions concernant les problématiques particulières (ex. : suicide par contagion), notamment en mettant en place une banque de personnes pouvant agir à titre d'experts-conseils auprès des intervenants régionaux et locaux. Ces personnes-ressources pourront au besoin intervenir auprès des régions et agir de façon ponctuelle comme experts sur différents éléments afférents à la mise en œuvre de la Stratégie.

Des repères et des critères propres à l évaluation

Le Ministère devrait établir les repères et les critères nécessaires à l'évaluation des programmes de prévention et d'intervention existants.

La représentation

Dans les stratégies proposées, plusieurs font appel à des représentations auprès de corporations, ordres, organismes nationaux et autres ministères. Le Ministère a la responsabilité de favoriser toute forme de collaboration dans les domaines d'action de portée nationale ainsi que celle relevant des autres ministères (Éducation, Sécurité publique, Relations avec les citoyens et Immigration). Le Ministère appuiera également les régies régionales qui le souhaitent dans leurs démarches auprès de leurs partenaires des autres secteurs.

Le suivi de l implantation de la Stratégie et des activités de monitorage

En collaboration avec les régies régionales, le ministère de la Santé et des Services sociaux aura la responsabilité de suivre l'implantation des stratégies. Le Ministère mettra en place un système de monitorage permettant de suivre l'implantation de la Stratégie d'action face au suicide et d'évaluer si les objectifs proposés à partir d'indicateurs ont été atteints.

L évaluation des projets auprès des clientèles les plus à risque

Dans le cadre du développement de projets en prévention du suicide auprès des clientèles reconnues les plus à risque, le ministère de la Santé et des Services sociaux assurera un soutien aux régies régionales dans l'évaluation de ces projets, qui pourront éventuellement être diffusés dans toutes les régions du Québec.

Le transfert des connaissances

Le transfert des connaissances est un défi important à relever. Le Ministère s'engage, en collaboration avec les organismes subventionnaires, à favoriser la mise en place des mécanismes nécessaires de nature à faciliter le transfert des connaissances au profit du réseau de la santé et des services sociaux, du réseau communautaire et des partenaires.

Les responsabilités des régies régionales

Assurer une gamme essentielle de services et la coordination entre les partenaires

Les régies régionales ont le mandat d'organiser les services et de s'assurer de la coordination et du partage des responsabilités entre les divers partenaires (organismes communautaires, policiers, enseignants, CLSC, centres jeunesse, hôpitaux, etc.) sur leur territoire. Elles ont également la responsabilité de la mise en place des ententes de collaboration entre les partenaires spécifiant leurs responsabilités à l'égard des clientèles. Le partage des responsabilités et la mise en place d'une gamme essentielle de services devraient s'appuyer sur les ressources (organismes communautaires, CLSC, centres jeunesse, hôpitaux, etc.) déjà existantes dans la région.

Plusieurs secteurs sont concernés par le suicide, par exemple la santé mentale et la santé publique. Il est essentiel qu'une seule personne en soit clairement responsable, qu'il s'agisse d'un établissement, d'un organisme ou d'un comité.

Assurer l organisation du soutien clinique

Les régies régionales ont le mandat de former une équipe régionale responsable du soutien clinique auprès des intervenants et des professionnels qui ne disposent pas de ce service au niveau local.

Assurer des représentations auprès des médias régionaux

La lutte à la banalisation du suicide repose en bonne partie sur le traitement de l'information sur ce sujet. Les régies ont donc la responsabilité de proposer aux médias régionaux des stratégies pour traiter cette information en s'appuyant notamment sur le matériel produit par l'Association québécoise de suicidologie et l'Association canadienne de prévention du suicide.

Former les intervenants et les professionnels à la problématique du suicide

Chaque région ayant une réalité qui lui est propre en ce qui a trait aux ressources et aux façons d'intervenir, la formation et les outils nécessaires aux intervenants et aux professionnels devraient être adaptés, si cela est jugé nécessaire par les répondants régionaux. C'est pourquoi les régies régionales devront s'assurer que les intervenants et les professionnels soient formés et devront mettre à leur disposition des outils conçus en fonction des réalités régionales, et ce, avec le soutien du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Réduire les risques associés aux moyens

Les régies régionales ont la responsabilité de localiser sur leur territoire les lieux à risque de suicide et d'évaluer la possibilité d'une action préventive. Il est également de leur responsabilité de faire les démarches nécessaires pour minimiser l'accès aux armes à feu chez les personnes suicidaires.

Les responsabilités des organismes ou établissements locaux

On ne saurait sous-estimer l'importance de la contribution de l'ensemble des partenaires à la définition de l'action locale. La réussite d'un plan d'action repose, quels que soient les objectifs poursuivis, sur la participation des personnes, des établissements et des organismes les plus immédiatement visés. Même s'il est difficile de cerner avec précision les limites d'un territoire dit local, chaque région verra à adopter un mode d'organisation qui tienne compte de ses propres réalités à cet égard (sous-région, territoire, CLSC, MRC, etc.).

Les principales actions à réaliser sont les suivantes :

permettre l accès aux services de crise et le suivi du traitement dans la communauté locale tout en s assurant des liens entre les responsabilités sur les plans régional et local;

susciter des ententes locales de collaboration en s appuyant sur les modèles existants (par exemple entre les organismes communautaires, le CLSC, les écoles, les hôpitaux, la police, etc.);

mobiliser les intervenants et s assurer de la coordination des actions et de leur évaluation au niveau local;

en collaboration avec les régies, informer la population sur les services disponibles et l orienter en conséquence. Lorsque la gamme essentielle de services sera complétée, il faudrait s assurer que la population connaisse et puisse disposer des outils lui permettant une référence au besoin;

offrir le soutien clinique nécessaire aux intervenants et aux professionnels.

INVESTIR POUR AGIR SUR LA PROBLÉMATIQUE DU SUICIDE

La conjoncture actuelle n'est pas particulièrement favorable à de nouveaux investissements. Un des principes qui sous-tend l'élaboration d'objectifs dans le cadre de la Stratégie québécoise d'action face au suicide, met d'ailleurs l'accent sur le fait qu'il nous faut miser sur les intervenants et les services existants.

À l'heure actuelle, il est impossible de produire un calcul rigoureux des budgets alloués à la problématique du suicide au Québec. Les seules activités spécifiques identifiées concernent le financement des centres de prévention du suicide, les autres activités étant intégrées dans un plus large champ d'intervention, comme la santé mentale, les services d'urgence ou les services psychosociaux.

L'inventaire des services disponibles pour contrer le phénomène du suicide nous indique une accessibilité fort variable et des insuffisances marquées dans plusieurs régions. C'est pourquoi, il est nécessaire d'affecter des sommes au dossier du suicide si l'on veut mettre en œuvre les actions proposées.

Bien que l'organisation des services de prévention du suicide soit particulièrement liée à l'organisation des services en santé mentale, tous les secteurs d'activités touchés par la prévention du suicide devraient contribuer selon les disponibilités budgétaires et en tenant compte des priorités énoncées dans les orientations ministérielles pour l'année 1997-1998. On ne peut s'attendre cependant à ce que toutes les régions consacrent les ressources financières requises à la réallocation intrarégionale en même temps.

Le financement de la Stratégie québécoise d'action face au suicide comporte deux volets :

1. **Le financement ministériel** de projets qui visent à nous permettre d'intervenir efficacement auprès des groupes à risque.

2. **Le financement régional** pour assurer la mise en œuvre de la Stratégie québécoise d'action face au suicide aux niveaux régional et local.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux sera responsable du choix des projets à l'intention des groupes à risque. Il sera également responsable, en collaboration avec les répondants du dossier du suicide dans les régies régionales, de déterminer les paramètres de financement et d'évaluation des projets. Un montant global non récurrent de 700 000 $ sera consenti pour les trois prochaines années.

Il est également recommandé qu'un montant soit alloué de façon prioritaire à l'actualisation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide. Ce montant, qui pourra varier d'une région à l'autre, selon l'état actuel des ressources consacrées aux services directs à la population, devra également servir à la formation des intervenants, à la formation continue, la conception de protocoles et d'outils de référence, au soutien aux intervenants et aux professionnels, ainsi qu'au soutien clinique dans les régions pour les prochaines années.

L ÉVALUATION

L'évaluation est une composante importante d'une démarche visant à concentrer les efforts de chacun autour d'objectifs communs. Elle doit être une partie intrinsèque de la Stratégie et permettre d'analyser l'effet de la mise en œuvre de celle-ci et de déterminer si les objectifs poursuivis ont été atteints.

Deux types de mesures permettent l'évaluation des objectifs et des actions. Il s'agit d'abord des indicateurs d'implantation qui, de façon spécifique, déterminent si les actions projetées ont été réalisées. À cet effet, dans le chapitre sur les objectifs, les indicateurs d'implantation sont énoncés pour chacun des objectifs en relation avec les actions qui y sont associées. Cependant, ces indicateurs ne peuvent mesurer l'effet de ces actions sur les comportements suicidaires ni évaluer si les objectifs poursuivis ont été atteints. Ainsi, à ces indicateurs d'implantation, doivent s'ajouter les mesures associées à l'effet des actions sur les taux de suicide et de tentatives de suicide.

Ces mesures sont :

- les taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge;
- la distribution de la mortalité par suicide selon les différents moyens utilisés;
- les taux de tentatives de suicide estimés par l'Enquête Santé Québec;
- les taux d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide selon le sexe et l'âge.

Ces mesures sont pour la plupart déjà colligées dans le cadre des activités traditionnelles de connaissance et de surveillance du Ministère. Il s'agira de s'assurer de leur qualité et de poursuivre, avec le Bureau du coroner, les travaux visant la collecte de données supplémentaires. Des efforts devront également être consentis dans la collecte de l'information sur les tentatives de suicide. Ces données sont encore partielles et doivent être interprétées avec beaucoup de réserve.

À ces mesures, devront s'ajouter un ou des projets de recherche évaluative, afin de bien cerner l'effet de la Stratégie québécoise d'action face au suicide sur l'évolution des comportements suicidaires. Des efforts supplémentaires devront également être consentis pour produire une évaluation qualitative des services offerts aux personnes suicidaires et leurs proches.

CONCLUSION

La Stratégie proposée vise à assurer à toute personne aux prises avec une problématique suicidaire et à ses proches une réponse adéquate à leurs besoins. Cette stratégie a également pour objectif de mettre en œuvre des actions pour prévenir les gestes suicidaires. Au-delà des actions proposées pour réaliser les objectifs visés, la mobilisation et la collaboration de tous les partenaires en cause constituent une condition essentielle à la mise en œuvre de la Stratégie.

À la lumière de la consultation menée au printemps dernier, l'engagement actuellement perceptible, tant dans les propos que dans les intentions de plusieurs partenaires, permet d'envisager avec optimisme le succès de l'implantation de cette Stratégie. Les actions proposées favoriseront une augmentation de la concertation entre les partenaires et une mobilisation plus grande chez ceux qui sont déjà en contact avec les personnes suicidaires. En conscientisant les médias et les citoyens, on peut escompter une plus grande sensibilisation aux risques suicidaires ainsi qu'une préoccupation plus marquée de l'ensemble des personnes à l'égard de leur entourage en ce qui a trait à cette problématique.

Des efforts importants seront consentis pour assurer un suivi à l'implantation de la Stratégie et des soutiens seront également apportés à l'ensemble des intervenants concernés par cette problématique, que ce soit au niveau national, régional ou local. La concertation et la coordination des efforts s'appuieront alors sur une réelle mobilisation des partenaires.

L'expression S'entraider pour la vie prendra alors tout son sens.

ANNEXES

ANNEXE 1

LES FACTEURS ASSOCIÉS AU SUICIDE ET AUX COMPORTEMENTS SUICIDAIRES[12]

Les facteurs associés au suicide chez les enfants (moins de 12 ans)

Le suicide et les gestes suicidaires sont des événements rares chez les enfants, mais plusieurs facteurs de risque ont été identifiés dans la littérature scientifique. Dans les prédispositions individuelles qui y sont rapportées, on retient la présence de désordres psychiatriques (Breton *et al.*, 1994) et la présence de lacunes chez certains jeunes dans leur capacité à résoudre des problèmes (Asarnow *et al.*, 1987; Orbach *et al.*, 1987; Levenson et Neuringer, 1971). La conception plus ou moins mature de la mort chez certains jeunes, peut influencer le passage à l'acte d'un enfant suicidaire (Melear, 1973 ; Koocher, 1973; Orbach *et al.*, 1985; Grenier, 1986).

Un milieu familial dysfonctionnel est également un facteur de risque connu. Il semble exister un fort lien entre la violence parentale et les abus sexuels commis sur les enfants et les comportements suicidaires et autodestructeurs (Adams-Tucker, 1982; Green, 1978). Dans la littérature, sont également fréquemment rapportés l'abus d'alcool et de drogues, les psychopathologies, de même que les suicides et tentatives de suicide chez les parents comme facteurs de risque de suicide chez les enfants (Garfinkel *et al.*, 1982; Pfeffer, 1986).

La banalisation du suicide dans les médias est également rapportée dans les publications récentes comme étant un facteur à considérer chez les enfants (Mishara, 1995).

---

12 Cette partie du travail est inspirée de l'ouvrage sur le suicide publié par le Forum national sur la santé : *Methods to prevent suicide in Children, youth and the Elderly* rédigé par R. Dyck, B. Mishara et J. White.

Les facteurs associés au suicide et aux comportements suicidaires chez les jeunes (12-24 ans)

Parmi les prédispositions individuelles, sont d'abord rapportés les désordres psychiatriques associés à une dépression, à une conduite antisociale ou à l'abus de certaines substances (Brent *et al.*, 1988; Lesage *et al.*, 1994; Pfeffer *et al.*, 1991; Runeson et Beskow, 1991; Spirito *et al.*, 1989). Les problèmes d'apprentissage et d'impulsivité font également partie des facteurs de risque (Hoberman et Garfinkel, 1988; Kienhorst *et al.*, 1992; Rourke *et al.*, 1989). Le jeune qui a soit des problèmes chroniques dans ses relations avec ses pairs, soit des problèmes pathologiques d'attachement à ses parents, est également considéré à risque (Marttunen *et al.*, 1992; Shafii *et al.*, 1985; Adam, 1986; Richman, 1986; Van der Kolk *et al.*, 1991). Tout comme chez les enfants, les lacunes dans la capacité à résoudre les problèmes constituent un facteur de risque associé aux comportements suicidaires (Clum *et al.*, 1979; Asarnow *et al.*, 1987; Spirito *et al.*, 1989; Curry *et al.*, 1992; Fremouw *et al.*, 1993; Orbach *et al.*, 1987; Levenson et Neuringer, 1971). La perte d'un parent tôt dans la vie est également reconnue comme un facteur pouvant influencer un comportement suicidaire (Adam *et al.*, 1982; Pfeffer, 1990; Spirito *et al.*, 1989).

Le milieu social, c'est-à-dire le milieu familial, le milieu de vie et le contexte sociétal dans lequel le jeune évolue, jouent un rôle significatif dans le bien-être de celui-ci. C'est pourquoi l'isolement social et la faible intégration sociale sont liés à un risque élevé de suicide (Trovato, 1992; Sakinofsky et Roberts, 1985). Le milieu familial où il y a présence d'abus et de négligence, présence de maladie mentale chez l'un ou l'autre des parents ou présence d'antécédents suicidaires est un facteur d'influence reconnu (Brent *et al.*, 1988; Pfeffer, 1990; Spirito *et al.*, 1989; Lester, 1992; Garfinkel *et al.*, 1982).

Les facteurs économiques peuvent également être des facteurs de risque (Platt, 1984). Une étude a démontré que les taux de suicide sont plus élevés chez les jeunes Canadiens lorsque les taux de chômage sont plus élevés dans leur groupe (Leenaars et Lester, 1995). Il y aurait également une corrélation entre les taux de suicide des jeunes et le pourcentage de jeunes vivant dans la pauvreté (McCall, 1991).

Une étude comparative sur le suicide chez les jeunes Canadiens et les jeunes Américains a révélé que pour les premiers, le suicide fait partie des réponses possibles lorsque l'on a à faire face à des problèmes. À ces facteurs, s'ajoutent également les attitudes culturelles envers le suicide. Les jeunes grandissent dans des cultures où le suicide est considéré comme un comportement acceptable (Kienhorst *et al.*, 1992).

Parmi les facteurs environnementaux immédiats qui peuvent augmenter le risque éventuel d'un comportement suicidaire chez le jeune, il y a le décès ou la séparation des parents, un conflit sérieux avec un membre de la famille et la perception d'un rejet par la famille (Brent *et al.*, 1988; Graham et Burvill, 1992; Hoberman et Garfinkel, 1988). Le rejet par les pairs et la perte d'une relation significative sont également rapportés par certains auteurs (Brent *et al.*, 1988; Davidson *et al.*, 1989; Hoberman et Garfinkel, 1988).

L'imitation ou la « contagion » à la suite d'une tentative de suicide ou du suicide d'autres jeunes est reconnue comme un facteur d'influence. Il y a un risque élevé de suicide chez un jeune lorsqu'un de ses amis met fin à ses jours (Brent *et al.*, 1988; Gould *et al.*, 1990; Hazell, 1993).

Parmi les autres facteurs qui retiennent le plus l'attention dans la littérature scientifique, on note la menace d'échec scolaire et d'expulsion de l'école, les pressions pour réussir et la menace d'une sanction disciplinaire ou judiciaire (Brent *et al.*, 1988; Hoberman et Garfinkel, 1988). S'ajoute à ces facteurs l'accès facile à des moyens d'attenter à ses jours (Santé Canada, 1994).

L'abus d'alcool et de drogues est également relevé maintes fois dans les ouvrages sur la question comme facteur de risque du suicide et des comportements suicidaires (Adcock *et al.*, 1991; Berman et Schwartz, 1990; Pfeffer *et al.*, 1991; Brent *et al.*, 1988). Un nombre important de jeunes qui se suicident sont intoxiqués au moment de poser leur geste (Brent *et al.*, 1988).

Les facteurs associés au suicide chez les adultes (25 à 64 ans)

Tout comme chez les jeunes, chez les adultes souffrant de désordres psychiatriques tels que la dépression, la schizophrénie ou des désordres d'anxiété et des désordres de la personnalité, on constate un risque plus élevé de suicide (Appehy, 1992; King et Barraclough, 1990; Henriksson *et al.*, 1993; Lesage, 1994; Lesage *et al.* ; 1994; Paris, 1994; Strakowski *et al.*, 1996; Tanney, 1992). À ces problèmes psychiatriques, s'ajoutent également les problèmes d'abus de drogues et d'alcool (Murphy et Wetzel, 1982; Santé Canada, 1994; Dorpat et Ripley, 1960; Barraclough *et al.*, 1974). D'ailleurs, il est démontré que le risque de suicide augmente quand les problèmes psychiatriques et les problèmes d'abus de substances coexistent (Maris *et al.*, 1992). Certains traits de personnalité sont également liés au suicide. Dans les études sur le sujet, les traits les plus fréquemment rapportés sont un niveau d'anxiété plus élevé, des traits névrotiques, une faible estime de soi et un manque d'aptitudes à résoudre certains problèmes (Lester, 1992). Les tentatives de suicide antérieures sont également citées comme un facteur de risque important dans ces études (Santé Canada, 1994; Motto et Tanney, 1990; Lonnqvist, 1983; Sakinofsky et Roberts, 1985; Leon *et al.*, 1990).
Des études plus récentes suggèrent également que des facteurs génétiques et biologiques pourraient être associés au risque de suicide (Roy *et al.*, 1991; Roy, 1993).

Parmi les facteurs d'influence liés au milieu social, on reconnaît l'absence d'un bon réseau social et l'isolement associé à une séparation, à un divorce ou à un décès (Petronis *et al.*, 1990; Maris, 1981). L'abus sexuel et physique est également souvent présent chez les femmes hospitalisées pour tentative de suicide (Egmond et Jonker, 1988).

Plus largement, plusieurs experts reconnaissent que des taux de chômage élevés ont une incidence sur l'augmentation des taux de suicide (Platt, 1984; Leenaars et Lester, 1995; Cormier et Klerman, 1985).

Parmi les facteurs environnementaux immédiats associés au suicide et qui sont les plus fréquemment rapportés dans la littérature sur le suicide chez les adultes, on trouve les événements de la vie qui sont considérés comme étant humiliants. Ces derniers comprennent les problèmes interpersonnels importants, la perte d'emploi et les menaces d'incarcération (Blumenthal, 1984; Blumenthal et Kupfer, 1986, 1988; Cohen-Sandler *et al.*, 1982; Hirschfeld *et* al, 1986; Murphy *et al.*, 1979; Paykel, 1989; Shaffer, 1974).

Dans la littérature, on rapporte qu'une maladie grave avec hospitalisation et l'absence de plus d'un mois du milieu de travail augmentent le risque de suicide (Paykel *et al.*, 1975; Kizer *et al.*, 1988; Marzuk *et al.*, 1988; Plott *et al.*, 1989; Barraclough *et al.*, 1974; Dorpat *et al.*, 1968; Mackenzie et Popkin, 1987; Whitlock, 1986). Par exemple, le taux de suicide serait plus élevé chez les personnes atteintes du sida.

À ces facteurs environnementaux immédiats, s'ajoutent la consommation d'alcool et de drogues et l'accessibilité à des armes à feu (Santé Canada, 1994; Centers for Disease Control, 1984; Haberman et Baden, 1978; Crompton, 1985; Dorpat et Ripley, 1960).

Les facteurs associés au suicide et aux comportements suicidaires chez les personnes âgées (65 ans et plus)

Parmi les prédispositions individuelles associées au suicide dans la littérature sur les personnes âgées, on trouve les désordres psychiatriques. Selon les recherches, de 60 à 80 % des aînés qui se suicident souffrent d'une dépression (Cattell et Jolley, 1995; Dyck et White, 1990; Gurland et Cross, 1983; Jarvis et Boldt, 1980). Celle-ci est souvent associée aux pertes physiques et sociales (Wasylenki, 1980). Les maladies chroniques, les handicaps physiques et la dépendance associée à certains problèmes, de même que la douleur chronique, sont aussi liés à la dépression et au suicide (Conwell et Caine, 1990; Draper, 1995; Frierson, 1991; Jarvis et Boldt, 1980; McCartney, 1978; Shulman, 1978).

En plus des problèmes de santé mentale et physique rapportés dans la littérature, les problèmes d'abus d'alcool et les problèmes liés à la consommation de boissons alcoolisées constituent également un facteur important de risque de suicide chez les personnes âgées (Conwell et Caine 1990; Lester et Beck, 1974; Mishara et Kastenbaum, 1974; Mishara et McKim, 1987).

Parmi les facteurs d'influence associés au suicide et aux gestes suicidaires en relation avec le milieu social, la littérature rapporte un réseau social inadéquat. En effet, le fait de vivre seul et de ne pas avoir de confident est associé au suicide chez les personnes âgées (Abrahams et Patterson, 1978-1979; Barraclough, 1971; Bock et Webber, 1972; Cattell et Jolley, 1995; Draper, 1995; Haight, 1995; Jarvis et Boldt, 1980; Lonnqvist, 1977; Miller, 1978). Les conditions d'hébergement des personnes âgées sont également rapportées dans la littérature comme étant associées au suicide.

Les autres facteurs sociaux reconnus sont notamment les attitudes culturelles. Notre société a tendance à accepter le suicide d'une personne âgée, alors qu'elle refuse celui d'une personne jeune (Evans *et al.*, 1987; Mishara et Riedel, 1994; Osgood, 1985). De plus, ces attitudes sont partagées par les aînés eux-mêmes, ce qui peut contribuer à augmenter le risque de suicide dans ce groupe d'âge.

Parmi les facteurs environnementaux immédiats, le facteur le plus documenté et considéré comme étant le plus important est le veuvage chez les hommes (Benson et Brodie, 1975; Berardo, 1968; Bock et Webber, 1972 b; Lalonde et Grunberg, 1988; MacMahon et Pugh, 1965; Miller, 1978; Stroeber et Stroeber, 1983). Il est considéré chez eux comme l'un des facteurs de risque de suicide les plus importants. L'abus ou le mauvais usage de médicaments est également un facteur de risque non négligeable (Mishara et McKim, 1987). On prescrit aux aînés des tranquillisants et des somnifères plus que toute autre catégorie de médicaments. L'anticipation d'un placement en centre d'accueil peut également s'avérer un facteur susceptible d'entraîner le suicide (Loebel *et al.*, 1991). Cependant, chez certaines personnes âgées, l'hébergement de longue durée peut aussi constituer un facteur de protection (Conwell, 1994).

ENFANTS		
Prédispositions individuelles	**Milieu social**	**Événements circonstanciels**
Conception plus ou moins mature de la mort	Banalisation du suicide par les médias	Séparation, divorce ou décès d'un parent
Lacunes dans la capacité de résolution de problèmes	Histoire familiale d'abus d'alcool et de drogues	
Présence de désordres psychiatriques	Psychopathologie chez les parents	
	Suicide ou tentative de suicide chez les parents	
	Violence parentale ou abus sexuel	

JEUNES		
Prédispositions individuelles	**Milieu social**	**Événements circonstanciels**
Peu d'aptitudes à développer des mécanismes d'adaptation	Isolement social et perte d'intégration sociale	Décès ou divorce des parents
Tentative antérieure de suicide	Manque d'aptitudes familiales à aider les jeunes suicidaires	Accès facile aux moyens
Problèmes d'apprentissage et d'impulsivité	Psychopathologie chez un des parents	Consommation d'alcool et de drogues
Désordres psychiatriques associés à une dépression, à une conduite antisociale ou à l'abus de certaines substances	Antécédents suicidaires dans la famille	Conflit sérieux avec un membre de la famille
Problèmes chroniques dans les relations avec les pairs	Taux de chômage élevé et pauvreté des enfants et des jeunes	Imitation ou contagion des comportements suicidaires
Attachement pathologiques aux parents	Sensationnalisme dans la présentation du suicide par les médias	Perception d'un rejet par la famille
Perte d'un parent tôt dans la vie	Suicide considéré comme un comportement jugé acceptable ou « privé »	Rejet par les pairs ou perte d'une relation significative
Difficulté de la reconnaissance ou de l'acceptation de l'orientation sexuelle	Abus et négligence	Échec scolaire, expulsion de l'école et pressions pour réussir

ADULTES		
Prédispositions individuelles	**Milieu social**	**Événements circonstanciels**
Manque d'aptitudes à résoudre certains problèmes	Absence d'un réseau social et isolement associé au divorce, au veuvage ou à une séparation	Accessibilité à des armes à feu
Tentative antérieure de suicide	Taux de chômage élevé	Consommation d'alcool et de drogues
Être détenu ou prévenu	Suicide considéré comme un comportement acceptable	Présence d'une maladie grave (sida, personnes séropositives)
Désordres psychiatriques, tels que dépressions (particulièrement unipolaires), schizophrénie, désordres d'anxiété et désordres de la personnalité		
Facteurs génétiques et biologiques	Abus sexuel ou physique chez la femme	Événements humiliants, fin d'une relation significative ou problèmes interpersonnels importants
Traits de personnalité (anxiété, sentiment de perte de contrôle, faible estime de soi, traits névrotiques)		
Abus de certaines substances (alcool et drogues)		
Difficulté de reconnaissance ou d'acceptation de l'orientation sexuelle		

PERSONNES ÂGÉES		
Prédispositions individuelles	**Milieu social**	**Événements circonstanciels**
Désordres psychiatriques associés à une comorbidité physique.	Isolement social des personnes âgées	Abus ou mauvais usage de médicaments
Maladies chroniques (dépendance, douleur)	Pauvreté	Veuvage chez les hommes
Problèmes d'abus d'alcool	Télédiffusion des comportements suicidaires des personnes âgées	Placement dans un centre d'accueil
	Suicide chez les personnes âgées jugé socialement acceptable	

ANNEXE 2

LES EXEMPLES

Nous avons retenu trois types d'intervention :

- un exemple de planification régionale;
- deux exemples d'intervention sur les moyens;
- un exemple d'approche pour faire face au problème du suicide chez les adolescents.

Bien qu'ils ne soient pas typiques des services habituellement offerts par les partenaires traditionnels que sont les CLSC, le milieu communautaire et le milieu scolaire, ces exemples ont l'avantage de bien traduire la collaboration établie avec quelques autres intervenants.

UN EXEMPLE DE PLANIFICATION RÉGIONALE

Depuis 1992, la Direction de la santé publique de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine a implanté, de concert avec ses partenaires locaux (CH, CLSC, centres jeunesse, organismes communautaires, commissions scolaires, entreprises privées, etc.), une démarche de prévention du suicide en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine. Cette démarche a été amorcée à la suite d'une étude régionale qui révélait entre autres que le taux de décès par suicide avait presque triplé dans la région entre 1975 et 1989. Le but ultime de la démarche est de : réduire de 15 % le taux des conduites suicidaires (idées, tentatives et suicides) en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine entre 1992 et 2002.

Nous présentons ici de façon très succincte le résumé des étapes d'implantation de la démarche réalisée dans les huit territoires de CLSC de la région. Quatre grandes étapes ont été nécessaires à l'implantation de la démarche :

- Connaître la situation sur le problème, les actions et les services de prévention du suicide dans les huit territoires de CLSC.
- Proposer un cadre de référence régional.
- Préparer un plan d'action annuel par territoire de CLSC.
- Réaliser et évaluer chacune des actions prévues dans les plans d'action des territoires participants.

1) Connaître la situation sur le problème, les actions et les services de prévention du suicide

L'état de la situation sur le problème, les actions et les services de prévention du suicide a été dressé dans les huit territoires de CLSC de la région, en 1992, à l'occasion d'une tournée de consultation qu'a effectuée la Direction de la santé publique auprès de ses partenaires locaux. Cela a permis d'obtenir un portrait assez précis du profil des personnes touchées par le problème du suicide (personnes suicidaires, entourage de la personne suicidaire et personnes endeuillées par suicide) et des groupes à risque de la région. La consultation a également permis de tracer un portrait général de l'état des actions et des services existants en promotion, prévention, intervention et postvention dans tous les territoires de la région.

2) Proposer un cadre de référence régional

L'information recueillie ainsi que les connaissances issues de la littérature ont permis à la Direction de la santé publique de produire un cadre de référence régional en prévention du suicide. Ce cadre de référence a été proposé et soumis aux partenaires de la Direction de la santé publique dans chacun des huit territoires de CLSC sous la forme d'un programme cadre. Les propositions de la Direction de la santé publique à ses partenaires dans ce programme cadre se traduisent par des objectifs opérationnels qui sont présentés ici très sommairement.

Les objectifs opérationnels

- Assurer la mise en place d'une gamme essentielle de services dans chaque territoire de CLSC.
- Mettre en œuvre et consolider des actions et des services à tous les niveaux (promotion, prévention, intervention, postvention).
- Mettre en œuvre et consolider des actions et des services auprès de tous les groupes d'âge de la population.
- Organiser les services de manière à en assurer l'accessibilité, la disponibilité, la proximité, la rapidité, la mobilité, la continuité et la complémentarité, la coordination et l'évaluation.

Afin d'atteindre ces objectifs, il a été convenu entre la Direction de la santé publique et ses partenaires dans chaque territoire de CLSC de préparer, de réaliser et d'évaluer un plan d'action annuel par territoire de CLSC.

Certaines conditions ont été établies au préalable pour faciliter la préparation, la réalisation et l'évaluation des plans d'action locaux. Il s'agit des conditions suivantes :

- créer un groupe de travail comprenant des représentants de divers organismes et nommer un répondant[13], dans chaque territoire, responsable de préparer et de réaliser le plan d'action local;
- identifier un leadership régional[14] afin de planifier et de coordonner les étapes de préparation, de réalisation et d'évaluation des plans d'action annuels dans les territoires participants et soutenir les organismes en cause.

[13] Répondant local : dans la plupart des territoires participants, le CLSC a été désigné comme répondant.
[14] Leadership régional : la Direction de la santé publique assume un leadership régional dans le cadre de cette démarche.

3) Concevoir un plan d action annuel par territoire de CLSC

Ces conditions ayant été reconnues et approuvées par l'ensemble des partenaires en cause, il s'agissait ensuite de préparer un plan d'action qui réponde efficacement aux objectifs fixés. Pour ce faire, la Direction de la santé publique a convenu, avec les groupes de travail de chaque territoire de procéder de la façon suivante :

- Préciser les acquis et les lacunes en promotion, prévention, intervention et postvention.
- Donner la priorité aux domaines d'activité (promotion, prévention et postvention) à développer.
- Faire l'analyse critique des actions et des services existants, compte tenu du ou des domaines d'activité prioritaires.
- Déterminer les besoins du milieu au regard des actions et des services à instaurer et à consolider.
- Préciser les objectifs visés pour le ou les domaines d'activité à consolider et à développer.
- Déterminer les moyens à mettre en place et à consolider pour le ou les domaines d'activité prioritaires.
- Préciser les rôles et les responsabilités des partenaires en cause, puis fixer des échéances pour la réalisation des moyens prévus dans le plan d'action.
- Prévoir les modalités d'évaluation des actions et des services en ce qui concerne leur implantation et leurs effets.
- Définir les modalités de concertation et de coordination pour l'action à instaurer, à réaliser et à évaluer.
- Faire connaître à l'ensemble des organismes du territoire du CLSC le plan local d'actions en prévention du suicide.

4) Réaliser et évaluer les opérations du plan d action dans chaque territoire participant

Après cinq ans d'implantation, plusieurs actions et services ont été mis en place, consolidés et évalués au regard des objectifs opérationnels de la démarche. Formations spécifiques, formations générales, sensibilisations, guides d'intervention et de référence, trousse d'intervention en milieu scolaire, protocoles et autres sont ici des exemples d'actions et d'outils qui ont été planifiés et mis en œuvre dans le cadre de la démarche de prévention du suicide dans cette région.

Soulignons qu'un bilan de la démarche (1991-1997) sera diffusé par la Direction de la santé publique d'ici l'hiver 1998, ce qui permettra à la Régie régionale de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et à ses partenaires de vérifier dans quelle mesure les objectifs fixés ont été atteints jusqu'à maintenant et quels sont les réajustements à faire ainsi que les orientations à privilégier pour les prochaines années en prévention du suicide dans cette région.

DEUX EXEMPLES D INTERVENTION SUR LES MOYENS

Le pont ferroviaire de Cap-Rouge le tracel

Lorsque nous traitons du suicide, nous tenons souvent pour acquis que les contrôles accrus sur les moyens utilisés auront peu d'effet sur le nombre de suicides, puisque nous croyons que la détermination des personnes les amènent à déplacer leur choix sur un autre moyen. Cela n'est pas si sûr.

Nous voulons ici illustrer les efforts consentis dans la région de Québec pour mieux contrôler l'accès au tracel du Canadien National à Cap-Rouge, municipalité située en banlieue de la ville de Québec. Neuf personnes, dont huit jeunes de moins de 21 ans, s'y étaient suicidées entre 1991 et 1996.

Un rapport de la coroner Louise Nolet mettait l'accent sur les efforts qu'il fallait consentir pour mieux surveiller ce site devenu quasi symbolique. Ces efforts étaient d'autant plus justifiés qu'à proximité se trouvaient une école secondaire et un centre d'accueil jeunesse.

Un système de surveillance a été mis en place. Il comprend :

- un éclairage aussi puissant qu'en plein jour ;
- des caméras de surveillance aux deux extrémités du pont ;
- des détecteurs de masse ;
- des haut-parleurs qui permettent une communication bidirectionnelle en temps réel avec toute personne qui s'engagerait sur le pont.

Ce système de surveillance a été installé grâce à la collaboration de la Ville de Cap-Rouge, du Canadien National et des Entreprises Microtec. Le service de la police de Sainte-Foy s'est aussi associé au Canadien National pour agir comme intervenant privilégié en cas de crise.

Le CPS de Québec, les CLSC Laurentien et Sainte-Foy—Sillery et la Commission scolaire des Découvreurs ont aussi collaboré à l'organisation de réunions pour la mise sur pied de comités de prévention postvention du suicide dans les écoles primaires et secondaires du territoire.

Les armes à feu

On sait que les hommes utilisent des moyens plus violents pour se suicider que les femmes. En fait, chez les hommes, près de trois décès sur dix se font à l'aide d'armes à feu. Le Centre de prévention du suicide de Québec a réalisé une activité de prévention axée sur l'information et la sensibilisation reliées à l'entreposage des armes à feu. Il a entrepris une démarche de sensibilisation auprès des chasseurs fréquentant le magasin Latulippe de Québec. Ainsi, tous les jeudis et vendredis soir durant la saison de la chasse, on a donné de l'information aux clients du magasin sur l'entreposage sécuritaire des armes à feu. Les chasseurs ont bien collaboré à cette initiative.

Ces deux exemples d'intervention sur les moyens n'ont pas fait l'objet d'une évaluation.

DÉMARCHE DE L HÔPITAL DE MONTRÉAL POUR ENFANTS FACE AUX ADOLESCENTS EN CRISE

L'Hôpital de Montréal pour enfants (HME) utilise une approche particulière pour faire face au problème du suicide chez les adolescents. Deux équipes travaillent auprès d'adolescents âgés de 14 à 18 ans soit l'Équipe d'intervention en situation de crise (EISC) et l'Équipe d'intervention en phase aiguë (EIPA). L'Équipe d'intervention en phase aiguë est une équipe multidisciplinaire formée de plusieurs professionnels de la santé, dont un psychiatre (demi-temps), une infirmière clinicienne spécialisée (temps complet), un travailleur social (demi-temps), un thérapeute (psychologue à demi-temps), une ergothérapeute (une journée/semaine) et une *art therapist* (4 heures/semaine). L'équipe EISC est formée d'un psychiatre et d'une infirmière à temps complet.

Les deux équipes interviennent auprès d'une clientèle qui présente des problèmes de santé mentale précis tels que la maniaco-dépression, la dépression, la psychose, mais elles sont aussi amenées à composer avec les jeunes qui ont fait une tentative de suicide ou ceux qui entretiennent des idées suicidaires.

La porte d'entrée pour recevoir les services de ces deux équipes est l'urgence de l'Hôpital de Montréal pour enfant. Ces adolescents peuvent s'y rendre seuls ou y être accompagnés par un parent, un ami ou un intervenant de la communauté, tel un travailleur social, le médecin de sa famille, une infirmière en milieu scolaire, un conseiller ou un psychologue de l'école, ou un intervenant en pratique privée. Le schéma suivant explique la démarche dans son entier :

L'adolescent se présente à l'urgence.

↓

L'équipe médicale procède à l'évaluation.

↓

Le cas est soumis à une consultation en psychiatrie avec évaluation individuelle et familiale.

↓

L'équipe médicale et le consultant en psychiatrie déterminent si une hospitalisation est nécessaire ou non.

L'adolescent est hospitalisé (admission sous médecine si son état nécessite des soins physiques et intervention de l'EIPA ou admission directement sous les soins de l'EIPA).

L'adolescent n'est pas hospitalisé (retour à la maison avec un suivi de l'EISC).

L'EIPA effectue une entrevue individuelle et familiale détaillée le lendemain de l'admission ou au cours de la fin de semaine, la première journée ouvrable.

L'EISC effectue une entrevue individuelle et familiale dans les 24 à 48 heures à la suite de la visite à l'urgence.

Dans les deux cas, le plan d'action est entamé avec le jeune et sa famille dès cette première évaluation.

On demande au jeune et à sa famille la permission de contacter les intervenants communautaires qui avaient été mis à contribution au préalable.

L'EIPA peut inviter ces intervenants à une réunion d'équipe ou les consulter par téléphone.

L'EISC contacte ces intervenants par téléphone.

L'évaluation se poursuit tout au long de l'hospitalisation. Le potentiel suicidaire est réévalué à chaque jour et une thérapie est amorcée. Ceci est fait de façon plus intensive lorsque l'équipe s'attend de participer au suivi. Plusieurs (deux et plus) entrevues familiales sont effectuées pendant l'hospitalisation du jeune.

À la fin de l'évaluation, l'équipe décide de poursuivre l'intervention ou de diriger le jeune et sa famille vers une ressource extérieure.

Lorsqu'une hospitalisation à plus long terme est jugée nécessaire par l'équipe, une démarche est entreprise avec le patient et sa famille pour un transfert dans une unité de soins à plus long terme. Dans le cas présent, deux centres hospitaliers offrent ce service. L'Hôpital de Montréal pour enfant n'a pas d'unité à long terme.

Lorsque l'état du patient ne nécessite pas une hospitalisation à long terme, nous travaillons avec lui et sa famille afin de déterminer la meilleure démarche à entreprendre pour leur venir en aide. À la suite de l'évaluation approfondie et des recommandations de l'équipe, le jeune et sa famille peuvent : 1) retourner pour un suivi auprès des intervenants rencontrés auparavant; 2) obtenir un suivi à court terme auprès des membres de l'équipe EIPA; 3) être dirigés dans la communauté vers un CLSC, ou vers l'école pour un suivi avec le conseiller, l'infirmière, le psychologue, un travailleur social ou un éducateur; 4) être orientés en pratique privée; 5) être dirigés vers une institution de formation reconnue où le coût d'une thérapie est moindre et le plus souvent ajusté au salaire du patient ou de sa famille. Une fois le suivi déterminé et les rendez-vous fixés, le patient retourne chez lui. La majorité des patients sont de retour à la maison à l'intérieur d'une semaine. Les deux équipes demeurent

disponibles pour consultation auprès des intervenants communautaires. Ces derniers se sentent ainsi mieux soutenus, surtout lorsque vient le temps de composer avec une personne ayant fait une tentative suicidaire ou ayant entretenu des propos suicidaires. Le jeune et sa famille peuvent, au besoin, être réévalués par nos équipes si la ressource communautaire en fait la demande et après avoir discuté ensemble de la problématique. La famille ou le jeune est alors vu directement sans passer par l'urgence. Des recommandations sont ensuite formulées à l'intention de l'intervenant pour aider celui-ci dans le suivi. L'intervenant qui dispose des outils appropriés est souvent en mesure d'éviter une crise ou une réhospitalisation. Par ailleurs, il est parfois nécessaire de réhospitaliser le jeune.

LISTE DES SIGLES

- AQS Association québécoise de suicidologie
- CH Centre hospitalier
- CLSC Centre local de services communautaires
- CPS Centre de prévention du suicide
- CQRS Conseil québécois de la recherche sociale
- CROP Centre de recherche en opinion publique
- EIPA Équipe d'intervention en phase aiguë
- EISC Équipe d'intervention en situation de crise
- FMOQ Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
- FRSQ Fonds de recherche en santé du Québec
- HME Hôpital de Montréal pour enfant
- MRC Municipalité régionale de comté
- MSSS Ministère de la Santé et des Services sociaux

LISTE DES ASSOCIATIONS, ÉTABLISSEMENTS, ORGANISMES ET PERSONNES CONTACTÉS DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION DU DOCUMENT INTITULÉ *S ENTRAIDER POUR LA VIE - PROPOSITION D UNE STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D ACTION FACE AU SUICIDE*

Association des centres jeunesse
Association des chefs de police de la région 03
Association des coroners
Association des hôpitaux du Québec
Association des psychiatres
Association des praticiens de service social en milieu hospitalier
Association québécoise de suicidologie (au nom de près de 50 organismes communautaires)
Docteur Pierre Bégin, Laval
Docteur Jean-Jacques Breton, Hôpital Rivière-des-Prairies
Centre de prévention du suicide de Québec
M. Michel Clermont, direction de la planification et de l'évaluation du MSSS.
Collège des médecins
Comité provincial des traumatismes
Comité de la santé mentale du Québec
Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
Fédération québécoise des directeurs et directrices d'établissements d'enseignement
Conseil permanent de la jeunesse
Fédération des CLSC du Québec
Docteur Alain Lesage, Centre de recherche Fernand-Séguin
M. Robert Bisaillon, Ministère de l'Éducation du Québec
Ordre professionnel des travailleurs sociaux
Ordre des psychologues du Québec
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Régie régionale de l'Abitibi-Témiscamingue
Régie régionale du Bas-Saint-Laurent
Régie régionale de Québec
Régie régionale de la Mauricie — Bois-Francs
Régie régionale de l'Estrie
Régie régionale de Montréal-Centre
Régie régionale de la Montérégie
Régie régionale de Laval
Régie régionale des Laurentides
Régie régionale de Lanaudière
Régie régionale de l'Outaouais
Régie régionale de la Gaspésie — des Îles-de-la Madeleine
Régie régionale de la Côte-Nord
Suicide Action Montréal (SAM)
Sûreté du Québec
M. Michel Tousignant, UQAM
Ville de Québec (Service de police)

BIBLIOGRAPHIE

Abrahams, R.B., et R.D. Patterson 1978-1979. Psychological distress among the community elderly : Prevalence, characteristics and implications for service . *International Journal of Aging and Human Development*. 9(1) : 1-17.

Adam, K.S., 1986. Early family influences on suicidal behaviour . *Annals of the New York Academy of Sciences*. 487 : 63-76.

Adam, K.S., J.G., Lohrenz et D. Harper. 1982. Early parental loss and suicide ideation in university students . *Canadian Journal of Psychiatry*. 27 : 275-281.

Adams-Tucker, C. 1982. Proximate effect of sexual abuse in childhood : A report in 28 children . *American Journal of Psychiatry*. 139 : 1252-1256.

Adcock, A.G., S., Simpson, J.A. 1991. Selected risk factors in adolescent suicide attempts . *Adolescence*. 26(104) : 817-828.

Appehy, L. 1992. Suicide in psychiatric patients : Risk and prevention . *British Journal of Psychiatry*. 161 : 749-758.

Asarnow, J.R., G.A. Carlson et D. Guthri. 1987. Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environments in depressed suicidal children . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56 : 361-366.

Association québécoise de suicidologie. 1996. *Position de l Association québécoise de suicidologie sur une Stratégie provinciale en prévention du suicide*. Présentée au Groupe de travail sur la prévention du suicide au Québec, MSSS.

Barraclough, B.M. 1971. Suicide in the elderly . In D.W. Kay et A. Walk (éds.) .*Recent Developments in Psycho Geriatrics*. Kent, England : Headly Brothers. 89-97.

Barraclough, B.M, 1974. A hundred cases of suicide : Clinical aspects . *British Journal of Psychiatry*. 125 : 355-373.

Benson, R.A et Brodie, D.C. 1975. Suicide by overdose of medicines among the aged . *Journal of the American Geriatric Society*. 23 : 304-308.

Berardo, F.M. 1968. Widowhood status in the United States : Perspective on a neglected aspect of the family life-cycle . *The Family Coordinator*. 17 : 191-203.

Berman, A et Schwartz, R.H. 1990. Suicide attempts among adolescent drug-users . *American Journal of Diseases of Children*. 144 : 310-314.

Blumenthal, S.J. 1984. *An overview of suicide risk factor research*. Presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association. Los Angeles. May 1984.

Blumenthal, S.J., et D.J., Kupfer 1986. Generalisable treatment strategies for suicidal behavior . *Annals of the New York Academy of Sciences*. 487 : 327-340.

Blumenthal, S.J., et Kupfer, D.J. 1988. Overview of early detection and treatment strategies for suicidal behavior in young people . *Journal of Youth and Adolescence*. 17 : 1-24.

Bock, E.W., et I.L. Webber, 1972. Suicide among the elderly : Isolation. Widowhood and mitigating alternatives . *Journal of Marriage and the Family*. 34 : 24-31.

Boyer, R. 1995. *État de situation sur les expériences de prévention du suicide dans une approche intégrée de prévention des troubles mentaux*. Rapport de recherche. Centre de recherche Fernand-Séguin. Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Brent, D., et J.Perper. 1988. Risk factors for adolescent suicide . *Archives of General Psychiatry*. 45 : 581-588.

Brent, D., et J. Perper. 1995. Research in adolescent suicide : Implications for training, service delivery, and public policy . *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 25(2) : 222-230.

Breton, J.J., *et al.* 1994. *Prévalence des troubles mentaux . Rapport synthèse. Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992*. Montréal. Hôpital Rivière-des-Prairies. Santé Québec.

Cattell, H., et Jolley D.J. 1995. One hundred cases of suicide in elderly people . *British Journal of Psychiatry*. 166 : 451-457.

Centers for Disease Control. 1984. Alcohol and violent death. Erie county New York 1973-1983 *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 33 : 226-227.

Charron, M-F. 1983. *Le suicide au Québec*. Service des études épidémiologiques du ministère des Affaires sociales.

Clum, G.A., A.T. Patsiokas et R.L. Luscomb. 1979. Empirically based comprehensive treatment program for parasuicide . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 47(5) : 937-945.

Cohen-Sandler, R. 1982. Life stress and symptomatology : Determinants of suicidal behavior in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 21 : 178-186.

Conseil permanent de la jeunesse. 1995. *Le point sur la délinquance et le suicide chez les jeunes*. Rapport.

Conseil permanent de la jeunesse. 1996. *La prévention du suicide chez les jeunes : le point de vue des intervenants*. Rapport.

Conseil permanent de la jeunesse. 1997. *Le suicide chez les jeunes : S.O.S. Jeunes en détresse!* Avis.

Conwell, Y. 1994. Suicide and aging : Lessons from the nursing home . *Crisis*. 15(4) : 153-158.

Conwell, Y., et E.D. Caine 1990. Completed suicide at age 50 and over . *Journal of the American Geriatric Society*. 38 : 640-644.

Cormier, H.J., et G.L. Klerman, 1985. Unemployment and male-female labor force participation as determinants of changing suicide rates of males and females in Quebec . *Social Psychiatry*. 20 : 109-114.

Coroner en chef. 1995. *Rapport d enquête du Coroner*. Rapport sur l'entreposage et le transport des armes à feu préparé par Anne-Marie David, Coroner.

Crompton, M.R. 1985. Alcohol and violent accidental and suicidal death . *Medical Science and Law*. 25 : 59-62.

CROP. 1996. *La prévention du suicide*. Sondage d'opinion auprès des Québécois.

Curry, J.F., Y. Miller et W.B. Anderson. 1992. Coping responses in depressed, socially maladjusted, and suicidal adolescents . *Psychological Reports*. 71 : 80-82.

Davidson, L., 1989. An epidemiologic study of risk factors in two teenage suicide clusters . *Journal of the American Medical Association*. 262(19) : 2687-2692.

Dorpat, T.L., et H.S.Ripley, 1960. A study of suicide in the Seattle area . *Comparative Psychiatry*. 1 : 349-359.

Dorpat, T.L., W.F. Anderson et H.S. Ripley 1968. The relationship of physical illness to suicide . *In* L.P. Resnick (éd.). *Suicidal Behaviors*. Boston : Little Brown.

Draper, B. M. 1995. Prevention in suicide in old age . *The Medical Journal of Australia* 162 : 533-534.

Dyck, R.J., Mishara B.L. et White J. (sous presse). *Methods to Prevent Suicide in Children, Youth and the Elderly*. Ottawa. National Forum on Health.

Dyck, R., et White. J. 1990. *A Ten Year Death File Review of Elderly Suicides in Alberta*. Manuscrit non publié.

Egmond, Van M., et Jonker, D., 1988. Sexual and physical abuse : Suicide risk factors for women? The results of an empirical study among 158 female suicide attempters . *Psychiatry*. 30(1) : 21-38.

Evans, Fogle, et McDonald. 1987. *Cultural attitude towards suicide of the aged*. Annual meeting of the American Association of Suicidology. San Francisco.

Fremouw, W., T. Callahan et J. Kashden. 1993. Adolescent suicidal risk : Psychological, problem solving, and environmental factors . *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 23(1) : 45-54.

Frierson, R.L. 1991. Suicide attempts by the old and the very old . *Archives of Internal Medicine*. 151 : 141-144.

Garfinkel, B.D., A. Froese et J. Hood. 1982. Suicide attempts in children and adolescents . *American Journal of Psychiatry*. 139 : 1257-1261.

Gould, M., 1990. Suicide clusters : An examination of age-specific effects . *American Journal of Public Health*. 80(2) : 211-212.

Graham, C., et P. Burvill. 1992. A study of coroner's records of suicide in young people, 1986-1988 in Western Australia . *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 26 : 30-39.

Green, A.H. 1978. Self-destructive behavior in battered children . *American Journal of Psychiatry*. 135 : 579-582.

Grenier, G. 1986. *L acquisition d un concept de mort évolué chez l enfant en fonction des expériences vécues d une part et du développement des concepts de vie, d inclusion et d âge d autre part*. Université du Québec à Montréal. Canada.

Gurland, B.J., et P.S. Cross, 1983. Suicide among the elderly . 456-465. *In* M.K. Aronson, R. Bennett et B.J. Gurland (éd.) *The Acting Out Elderly*. New York : Haworth Press.

Haberman, P., et M.M. Baden, 1978. *Alcohol, Other Drugs and Violent Death*. New York : Oxford University Press.

Haight, B.K. 1995. Suicide risk in frail elderly people relocated to nursing homes . *Geriatric Nursing*. 16(3) : 104-107.

Hazell, P. 1993. Adolescent suicide clusters : Evidence, mechanisms and prevention . *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 27 : 653-665.

Henriksson, M.M., *et al.* 1993. Mental disorders and comorbidity in suicide . *American Journal of Psychiatry*. 150(6) : 935-940.

Hirschfeld, R., *et al.* 1986. Personality, life events, and other psychosocial factors in adolescent de pression and suicide 213-253. In G.L. Klerman (éd.) *Depression and Suicide among Adolescents and Young Adults*. Washington (D.C.) : American Psychiatric Press.

Hoberman, H.M., et B.D. Garfinkel. 1988. Completed suicide in children and adolescents . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 27 : 689-695.

Jarvis, G.K., et M. Boldt 1980. Suicide in the later years . *Essence*. 4(3) : 145-158.

Julien, Marie. 1993. *La mortalité due à la violence : suicides et homicides en Montérégie en 1988 et 1989. Une analyse descriptive*. Unité de santé publique Charles-LeMoyne.

Kienhorst, C., E. de Wilde, R. Diekstra et W. Wolters. 1992. Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescents . *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 85 : 222-228.

King, E., et B. Barraclough, 1990. Violent death and mental illness : A study of a single catchment area over eight years . *British Journal of Psychiatry*. 156 : 714-720.

Kizer, K.W., C.L. Green, M. Perking, *et al.* 1988. AIDS and suicide in California . *Journal of the American Medical Association*. 260 : 1881.

Koocher, G.P. 1973. Childhood, death and cognitive development . *Developmental Psychology*. 9 : 369-375.

Lalonde, P, et F. Grunberg. 1988. *Psychiatrie clinique : Approche contemporaine*. Ch. 27. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.

Leenaars, A. et D. Lester. 1995. The changing suicide pattern in Canadian adolescents and youth, compared to their American counterparts . *Adolescence*. 30(119) : 539-547.

Leon, A.C., *et al.* 1990. Statistical issues in the identification of risk factors for suicidal behavior : The application of survival analysis . *Psychiatry Research*. 31: 99-108.

Lesage, A. 1994. Troubles mentaux et suicide (éditorial). *Santé mentale au Québec*. 19(2) : 7-14.

Lesage, A., *et al.* 1994. Suicide and mental disorders : A case control study of young men ..*American Journal of Psychiatry*. 151(7) : 1063-1068.

Lester, D. 1992. *Why People Kill Themselves : A 1990 Summary of Research Findings on Suicidal Behavior*. Springfield ILL. : Charles C. Thomas.

Lester, D. et A.T. Beck 1974. Age differences in patterns of attempted suicide . *Omega : Journal of Death and Dying*. 5 : 317-322.

Levenson, M. et C. Neuringer. 1971. Problem-solving behavior in suicidal adolescents . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 37(3) : 433-436.

Loebel, J.P., *et al.* 1991. Anticipation of nursing home placement may be a precipitation of suicide among the elderly . *Journal of the American Geriatric Society*. 39 : 407-408.

Lonnqvist, J. 1977. *Suicide in Helsinki*. (Monographs on Psychiatry). Helsinki : Fennica.

Lonnqvist, J. 1983. *Outcome of eight-year follow-up of attempted suicides (Finland).* Étude présentée lors du 12e congrès de l'Association internationale pour la prévention du suicide. Caracas. Venezuela.

Mackenzie, T.B. et M.K. Popkin 1987. Suicide in the medical patient *International Journal of Psychiatry and Medicine.* 17 : 3-22.

MacMahon, B. et T.F Pugh. 1965. Suicide in the widowed *American Journal of Epidemiology.* 81 : 23-31.

Maris, R.W. 1981. *Pathways to Suicide : A Survey of Self-Destructive Behaviors.* Baltimore : Johns Hopkins University Press.

Maris, R.W., *et al.* 1992. Summary and conclusions : What have we learned about suicide assessment and prediction? *In* 640-672 R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltsberger et R.I. Yufit (éd.) *Assessment and Prediction of Suicide.* New York : The Guilford Press.

Marttunen, M., H. Aro et J. Lonnqvist. 1992. Adolescent suicide : Endpoint of long term difficulties. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 31(4) : 649-654.

Marzuk, P.M., H. Tierney, K Tardiff *et al.* 1988. Increased risk of suicide in persons with AIDS. *Journal of the American Medical Association.* 259 : 1333-1337.

McCall, P.L. 1991. Adolescent and elderly white male suicide trends : Evidence of changing wellbeing *Journal of Gerontology.* 46(1) : 543-551.

McCartney, J.R. 1978. Suicide vs right to refuse treatment in the chronically ill *Psychosomatics.* 19(9) : 548-551.

Melear, A. 1973. Children's conception of death. *Journal of Genetic Psychology.* 123 : 359-360.

Miller, M. 1978. Geriatric suicide : The Arizona study. *The Gerontologist.* 18(5) : 488-495.

Ministère des Affaires sociales. 1983. *Avis sur la prévention du suicide.* Québec. Comité de la santé mentale du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1987. *Pour un partenariat élargi.* Projet de politique de santé mentale pour le Québec. Québec. Comité de la Politique de santé mentale.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1992. *La Politique de la santé et du bien-être.* Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1989. *Politique de santé mentale.* Québec.

Mishara, B.L., 1995. *An Empirical Investigation of Children s Understanding of Suicide and Death.* Manuscrit inédit.

Mishara, B.L., et R. Kastenbaum 1974. The use of wine and the treatment of the chronic institutionalize geriatric mental health patients. *Journal of Geriatric Society.* 22 : 88-94.

Mishara, B.L., et W.A. McKim, 1987. *Drugs and Aging.* Toronto : Butterworths.

Mishara, B.L., et R. Riedel. 1994. *Le vieillissement.* Troisième édition révisée. Paris : Presses Universitaires de France.

Mishara, B.L., et M. Tousignant 1983. Pour une véritable prévention primaire du suicide. *Revue québécoise de psychologie.* 4(1) : 21-31.

Mishara, B.L. (sous presse). An empirical investigation of children's understanding of suicide and death . *In* D. De Leo et R.F.W. Diekstra (éds). *Suicide Prevention : A Holistic Approach.* Boston/Dordrecht : Kluwer Academic Press.

Mishara, B.L. (sous presse) The right to die and the right to live : Perspectives on euthanasia and assisted suicide . *In* A. Leenaars, M. Kral, R. Dyck et S. Wenckstern (éd.) *Suicide in Canada.* Toronto : University of Toronto Press.

Motto, J., et B.Tanney. 1990. *Long-term follow-up of 1570 attempted suicides.* Paper presented at the 23rd Annual Meeting of the American Association of Suicidology. New Orleans (LA).

Murphy, G.E., et R.D., Wetzel, 1982. Family history of suicidal behavior among suicide attempters. *Journal of nervous and mental Disease.* 170 : 86-90.

Murphy, G.E., *et al.* 1979. Suicide and alcoholism : Interpersonal loss confirmed as a predictor *Archives of General Psychiatry.* 36 : 65-69.

Murphy, G.E., *et al,.* 1990. The lifetime risk of suicide in alcoholism . *Archives of General Psychiatry.* 47(4) : 383-392.

Orbach, I., Y. Gross, H. Glaubman et D. Berman. 1985. Children's perception of death in humans and animals as a function of age, anxiety and cognitive ability . *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 26 : 453-463.

Orbach, I., E. Rosenheim et E. Hary. 1987. Some aspects of cognitive functioning in suicidal, chronically ill, and normal children . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 26 : 181-185.

Osgood, N.J. 1992. Environmental factors in suicide in long-term care facilities . *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 22 : 98-106.

Osgood, N.J. 1985. *Suicide in the Elderly : A Practitioner s Guide to Diagnosis and Mental Health Intervention.* Rockville : Aspen Systems Corp.

Paris, J. 1994. Le suicide chez les patients présentant des troubles de la personnalité limités . *Santé mentale au Québec.* 19(2) : 117-130.

Paykel, E.S., 1989. *Stress and Life Events.* In *Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. Report of the Secretary s Task Force on Youth Suicide, vol. 2, Risk Factors for Youth Suicide* (DHHS, Publ. No. ADM-89-162). Washington (D.C.) : U.S. Government Printing Office.

Paykel, E.S., 1975. Suicide attempts and recent life events : A controlled comparison . *Archives of General Psychiatry.* 32(3) : 327-333.

Petronis, K.R., 1990. An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts . *Society for Psychiatry and Psychiatrical Epidemiology.* 25 : 193-199.

Pfeffer, C.R. 1986. *The Suicidal Child.* New York : The Guilford Press.

Pfeffer, C.R. 1990. Suicidal behaviour in children and adolescents : A clinical and research perspective . *The Yale Journal of Biology and Medicine.* 63 : 325-332.

Pfeffer, C.R., 1991. Suicidal children grow up : Demographic and clinical risk factors for adolescent suicide attempts . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 30(4) : 609-616.

Platt, S. 1984. Unemployment and suicidal behaviour . *Social Science and Medicine.* 19 : 93-115.

Plott, R.T., S.D.,Benton et W.J.,Winslade, 1989. Suicide of AIDS patients in Texas : A preliminary report . *Texas Medicine*. 85(8) : 40-43.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. 1996. *La problématique du suicide en Abitibi-Témiscamingue.*

Richman, J. 1986. *Family Therapy for Suicidal People*. New York : Springer Publishing.

Rourke, B., G. Young et A. Leenaars. 1989. A childhood learning disability that predisposes those afflicted to adolescent and adult depression and suicide risk . *Journal of Learning Disabilities*. 22 : 169-175.

Roy, A. 1993. Genetic and biologic risk factors for suicide in depressive disorders . *Psychiatric Quarterly*. 64(4) : 345-358.

Roy, A., 1991. Suicide in twins . *Archives of General Psychiatry*. 48 : 29-32.

Runeson, B., et Beskow, J. 1991. Borderline personality discorder in young Swedish suicides . *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 179(3) : 153-156.

Sakinofsky, I., et R. Roberts. 1985. *The ecology of suicide in Canada. 1971-1981.* Presentation to the Epidemiology and Community Psychiatry Section. Symposium on the Future of Psychiatric Epidemiology Edinburgh.

Santé Canada. 1994. *Le suicide au Canada : mise à jour du rapport du groupe d étude sur le suicide au Canada*. Ottawa : Santé Canada.

Séguin, M. 1991. *Le suicide : comment prévenir, comment intervenir*. Montréal : Éditions Logiques.

Shaffer, D. 1974. Suicide in childhood and early adolescence . *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 20 : 545-565.

Shafii, M., S. Carrigan, J. Whittinghill et A. Derrick. 1985. Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents . *American Journal of Psychiatry*. 142(9) : 1061-1064.

Shulman, K. 1978. Suicide and parasuicide in old age : A review . *Age and Ageing*. 7(4) : 201-209.

Silverman, M, et R.D. Felner. 1996. The place of suicide prevention in the spectrum of intervention : Definitions of critical terms and constructs 70-81 . *In* M. Silverman et R.W. Maris (éd.) *Suicide prevention toward the year 2000*. New York : Guilford Press.

Spirito, A., 1989. Attempted suicide in adolescence : A review and critique of the literature *Clinical Psychology Review*. 9 : 335-363.

Strakowski, S., 1996. Suicidality among patients with mixed and manic bipolar disorder . *American Journal of Psychiatry*. 153(5) : 674-676.

Stroeber, M.S, et W. Stroeber, 1983. Who suffers more? Sex differences in health risks of the widowed . *Psychological Bulletin*. 93 : 279-301.

Tanney, B.L. 1992. Mental disorders, psychiatric patients, and suicide 277-320. *In* R.W. Maris, *et al. Assessment and Prediction of Suicide*. New York : The Guildord Press.

Tousignant, M. 1995. Le suicide et les comportements suicidaires 765-776. In F. Dumont *et al* éd. *Traité des problèmes sociaux*. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture.

Trovato, F. 1992. A Durkheimian analysis of youth suicide : Canada, 1971 and 1981 . *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 22(4) : 413-427.

Van der Kolk, B., C. Perry et J. Herman. 1991. Childhood origins of self-destructive behaviour . *American Journal of Psychiatry*. 148(12) : 1665-1671.

Wasylenki, D. 1980. Depression in the elderly . *Canadian Medical Association Journal*. 122 : 525-532.

Whitlock, F.A. 1986. Suicide and physical illness 151-170. *In* A. Roy (éd.) *Suicide*. Baltimore : Williams & Wilkins.

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

97-237-1-F